Nr. 31. 3. sierpnia 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

St. MACKIEWICZ i Wł. JERMUŁOWICZ. Warszawa.

Półpasiec twarzy i zespół dystoniczny w przypadkach guzów utajonych przysadki.

Z Kliniki Neurologicznej U. W.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Większość guzów przysadki mózgowej daje obrazy neurologiczne, w których skład wchodzą, po za ogólnemi objawami guza mózgu, zresztą dość rzadko występującemi, objawy wzrokowe o swoistym charakterze, akromegalja, zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe i objawy dna komory III. Natomiast rzadziej zwracają uwagę objawy zależne od dalszych, sąsiadujących z przysadką części układu nerwowego. Opisane poniższe dwa przypadki mają tę cechę wspólną, że należą do obrazów zupełnie nietypowych.

Zanim jednak przejdziemy do naszej kazuistyki, chcielibyśmy podać najogólniejszy zarys symptomatologji schorzeń przysadki, by na tem tle uwypuklić objawy szczególne naszych przypadków.

Do klasycznych zespołów należą: 1) akromegalja, 2) zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, 3) *nanosomia primordialis, nanosomia infantilis* (wzrost karli, lub dziecięcy).

Akromegalja zależy od wzmożonej czynności płata przedniego przysadki, najczęściej w związku z nadczynnością komórek chromatofilnych. Sprawa patogenezy zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego nadal jeszcze waha się między teorją czysto gruczołową, mianowicie niedoczynności części przedniej przysadki (Biedl), a uszkodzeniem dna III komory, jak to przypuszczają Erdheim, Camus-Rossy, Bailey i Bremer. Karłowatość przypadkowa zależy od niedoczynności płata przedniego przysadki i w zależności od tego, czy zahamowanie wzrostu wystąpiło w życiu płodowem, czy w dzieciństwie, będziemy mieli odpowiednio *nanosomiam primordialem*, lub *infantilem*.

Do tych zespołów mogą się dołączać, zależnie od cech guza i jego lokalizacji, objawy ogólne (wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, tarcza zastoinowa), stosunkowo rzadkie, i objawy ogniskowe, do których w pierwszym rzędzie należy, wskutek bliskiego sąsiedztwa ze skrzyżowaniem nerwów wzrokowych, cała skala ich uszkodzeń, od niedowidzenia połowiczego dwuskroniowego, niedowidzenia, lub ślepoty, jako najczęstszych, poprzez inne niedowidzenia połowicze i mroczki — do zwężenia pola widzenia. Natomiast stosunkowo rzadko występują porażenia mięśni ocznych, (Hirsch), utrata węchu, wytrzeszcz gałek ocznych, lub nerwoból nerwu trójdzielnego (Straüssler). Do objawów ogniskowych, wywoływanych, według zapatrywań ostatniej doby, przez rozrost i ucisk guza na części sąsiadujące, zaliczyćby można za Roussy'm, Camus'em, Zandekiem i innymi, moczówkę, wskutek uszkodzenia ośrodków wegetatywnych w guzie popielatym, regulujących gospodarkę wodną w organizmie. Trzeba tu podkreślić, że nadal trudno na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy ściśle odgraniczyć symptomatologję samej przysadki od zespołów dna III komory i trudno zdać sobie ściślej sprawę, jakie objawy w schorzeniach okolicy przysadkowo-lejkowo-guzowej trzeba kłaść na karb poszczególnych okolic, uszkodzonych przez guz wprost lub pośrednio, a które należy wywodzić od zmian w samej przysadce. Od tak do niedawna, zdawałoby się pewnych, jeśli chodzi o lokalizację w przysadce, zespołów zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego, charłactwa Simmonds'a i dziecięcości, coraz więcej odrywa się objawów na rzecz okolicy lejkowo-guzowej.

Nasze dwa przypadki zahaczają o symptomatologję powyżej wspomnianą, jednak główne uzasadnienie ich omówienia wychodzi z innych założeń i niema na celu wyświetlenia powyższych kwestyj wątpliwych.

Przypadek I. U chorej E. B., lat 49, niezamężnej, która przebywała w klinice od 14. XII. 29 r. do 30. I. 30 r. i od 2. III 30 r. do 9. III. 30 r. wystąpiły przed trzema laty silne rwąco-kłujące bóle napadowe w prawej połowie twarzy. Bóle te utrzymywały się przez kilkanaście dni, poczem stopniowo ustąpiły. Od tego jednak czasu chora często odczuwała odrętwienie i mrowienie w prawej połowie twarzy i skóra tej okolicy była nieco znieczulona. Od dwu lat chora miewa często silne bóle głowy, wybitniejsze po stronie prawej. W połowie listopada 1929 r. wystąpiły ponownie silne bóle rwące w górnej połowie twarzy, zwłaszcza w czole, napadowe i promieniujące ku tyłowi czaszki. Ciepłota wtedy utrzymywała się około 37,5° C. Po kilku dniach od początku tego nawrotu, wystąpiły liczne pęcherzyki surowicze na prawej połowie czoła i nosa i jednocześnie opuchła powieka prawego oka, które było silnie zaczerwienione. Wezwany lekarz stwierdził półpasiec. W ciągu dwu tygodni pęcherzyki wygoiły się i ciepłota opadła do normy, jednak bóle się nasiliły i nabrały charakteru bardziej piekącego. Pozatem od czasu do czasu (raz lub dwa na dobę) odczuwała rodzaj piekącego prądu przebiegającego od prawej połowy głowy do prawego ramienia. Tego rodzaju prąd zazwyczaj utrzymywał się przez kilka minut, przyczem chora odczuwała jakieś wewnętrzne drżenie, nieraz szczęka jej się trzęsła i po takim napadzie czuła się przez pewien czas osłabiona. Te przykre sensacje uległy już podczas pobytu chorej w klinice t. j. od 15. XII. 29 r. stopniowym modyfikacjom: najpierw nasiliły się i uzaczęły docierać poprzez całą prawą połowę ciała, aż do prawej nogi, następnie zmieniły lokalizację, rozpoczynając się w okolicy dołka i promieniując do obu nóg, ostatnio zaś występowały w sposób rozsiany, w najrozmaitszych częściach ciała, stały się mniej intensywne niż dawniej, lecz znacznie częstsze, ustępowały w jednych miejscach, pojawiając się w innych, najczęściej w klatce piersiowej, plecach, karku, różnych miejscach kończyn, zwłaszcza w prawej górnej, a nawet w głowie. Utrzymywały się zazwyczaj kilka minut, były niezależne od bólów neuralgicznych, miały charakter wybitnie piekący, nasilały się nieraz pod wpływem emocji. Dotknięcie miejsc predysponowanych powoduje wystąpienie tych sensacyj, natomiast silny ucisk często jest bez tego wpływu. Kojącego działania wilgoci chora nie zauważyła. Należy jeszcze dodać, że w czasie pobytu chorej na klinice, bóle neuralgiczne utraciły stopniowo swój charakter napadowy i utrzymywały się stale, aczkolwiek ze zmiennem nasileniem.

W dzieciństwie przebyła odrę, szkarlatynę, później kilkakrotnie grypę. W ciążę nie zachodziła. Miesiączki od 14 roku życia co 4 tyg. po 2—3 dni, skąpe, często bolesne. Od maja 1929 r. menopauza. Anamneza rodzinna bez znaczenia.

Objektywne badanie wykazuje budowę infantylno-eunuchoidalną (dość wysoka, wąska, drobna, chuda, zwłaszcza drobna twarz i wąska miednica, skąpe pośladki, kończyny długie, zwłaszcza dolne, skóra na twarzy żółtawa, słabawo przeświecająca na dolnych powiekach, wogóle skóra sucha).

Mimo wyniszczonego wyglądu i osiwienia, twarz robi wrażenie młodszej (zob. ryc. 1). Brak krągłości kobiecej kształtów, sutki nikłe. Gdy stoi ze złożonemi nogami, oba uda przedziela wolna przestrzeń. Z zakresu narządów wewnętrznych zasługuje na podkreślenie: niskie parcie krwi (90/50 — Korotkow), ciche, głuchawe tony serca, oraz ślad białka (0,02‰) i urobiliny w moczu. Poziom cukru we krwi — 0,07%. Podstawowa przemiana materji obniżona o 28%. Próba Aschnera: tętno początkowe 82/m, po ucisku lewej gałki ocznej — 75/m, po ucisku prawej — 82/m. Liczne brunatnawe blizenki o średnicy kilku mm na prawej połowie czoła i nosa, ściśle kończące się w linji środkowej, oraz na prawej rogówce trzy mleczne plamki, wielkości łebka szpilki, jako ślady po opryszczce półpaścowej. Prawa strona twarzy zaróżowiona i cieplejsza. W zakresie neurologicznym stwierdzamy: węch po stronie prawej zniesiony. Zresztą nerwy czaszkowe wykazują: bystrość wzroku oka prawego 1/1,5; oka lewego — 1. Tarcze prawidłowe. Prawa źrenica nieco szersza, nie oddziaływa na światło i przystosowanie, odruchowość lewej źrenicy prawidłowa. Pole widzenia bez zmian, mroczków niema. Przy uciskaniu punktów wyjścia gałązek n. V, chora odczuwa piekący ból po stronie prawej, najsilniej w zakresie I gałązki. Czucie na całej prawej połowie twarzy wyraźnie przytępione, zwłaszcza na ból i ciepłotę. Delikatne dotykanie palcem wywoływało wrażenie pieczenia i tępego bólu w miejscu dotyku. Odruchy spojówkowy i rogówkowy zniesione po stronie prawej. Część ruchowa n. V. jednakowo sprawna po obu stronach. Odruch żuchwowy prawidłowy. Smak zachowany. Niestały objaw Chwostka po stronie prawej. Badanie słuchu i przedsionków na odczyn cieplikowy dało wyniki prawidłowe. Bolesność dotykowa w zakresie prawego

n. potylicznego. Osłabienie prawych odruchów brzusznych, a wygórowanie lekkie prawego odruchu Achillesa. Czucie powierzchniane wszystkich rodzajów może lekko przytępione na całej prawej połowie ciała. Nakłucie lędźwiowe: płyn wodojasny, z ilością białka prawidłową. Ciśnienie 150/100. Nonne-Apelt +. Ciałek białych — 13/mm³. Odczyn B.-W. w płynie m.-rdz. i we krwi ujemny.

Zdjęcia roentgenowskie czaszki wykazały prawie zupełne odwapnienie grzbietu siodła tureckiego, zresztą co do kształtu niezmienionego, obok znacznej powietrzności jam dodatkowych i zatoki klinowej.



Ryc. 1.

Rozpatrując powyższe objawy, stwierdzamy przedewszystkiem, że główna dolegliwość, która sprowadziła chorą do kliniki t. j. neuralgja nerwu trójdzielnego, nosi cechy neuralgji objawowej. Pojawienie się opryszczki na twarzy niewątpliwie świadczy o zajęciu organicznem zwoju Gassera. Na tło organiczne wskazuje także trwały, nienapadowy charakter bólów i upośledzenie czucia na prawej połowie twarzy. Zniesienie prawego odruchu rogówkowego mogłoby być równie dobrze następstwem zmian opryszczkowych na rogówce, nie może być przeto uważane z całą pewnością za neurologiczny objaw ubytkowy. Silne bóle głowy od 3 lat, zmiany grzbietu siodełka, niedorozwój dziecięco-eunuchoidalny w budowie ciała, zaburzenie przemiany materji (—28%), pozwalają nam rozpoznać guz przysadki. Trzebaby się zastanowić nad charakterem guza i jego rozległością. Że guz ma charakter dobrotliwy, wynika to z bardzo późnego wystąpienia objawów, które uwidoczniły się zaledwie przed 3-a laty i od tego czasu, poza zaostrzeniem obecnem, właściwie nie narastały. Do 46 r. życia nie miała wszak chora żadnych objawów podmiotowych swego cierpienia pomimo swego wadliwego rozwoju cielesnego, świadczącego o tem, że w przysadce musiała się toczyć sprawa chorobowa już w okresie wzrostu chorej.

Jak wiadomo, w przednim płacie przysadki, na jego przedniej powierzchni istnieją rozsiane grupy płaskich komórek nabłonkowych, jako pozostałość po zarodkowym przewodzie przysadkowym. Z tych komórek rozwijają się dobrotliwe guzy (Hypophysenganggeschwulste, Erdheim), które z natury rzeczy upośledzają naprzód czynność przedniego płata przysadki wywołując (Erdheim) zahamowanie w rozwoju osobnika. Guz taki, rozwijając się śródsiodełkowo nie wywoływałby objawów, zależnych od dość daleko położonego zwoju Gassera. Dlatego należy przypuścić, że u naszej chorej guz tego rodzaju rozwija się ponad siodełkiem na podstawie środkowej jamy czaszkowej, w kierunku prawego zwoju Gassera. Na pewne atoli guza typu Erdheima nie możemy rozpoznawać, do tego brak dowodu, najczęstszych w tym typie guzów okolicy przysadki, złogów wapniowych.

Niezwykłem powikłaniem w naszym przypadku jest rozprzestrzenienie się bólów kauzalgicznych z głowy na całe ciało. Kauzalgja, pierwotnie umiejscowiona w głowie po stronie prawej, może mieć źródło raczej w podrażnieniu włókien współczulnych prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej, którą guz, sięgający aż po zwój Gassera, może dotykać, lub uciskać, — niż w ucisku na zwój Gassera, lub korzonki z niego wychodzące, bo te włókien sympatycznych mają już nie zawierać. Rozprzestrzenienie się z czasem kauzalgji na całe ciało, w tym stopniu, jak u naszej chorej, jest rzeczą dość niezwykłą. Jesteśmy skłonni tłumaczyć je, wprowadzonem przez André-Thomas'a, pojęciem t. zw. oddźwięku współczulnego *(repercussivité sympathique)*, odnoszącemu się, nota bene, nie do kauzalgji wyłącznie, lecz do wszelkich rodzajów podrażnienia współczulnego. Dla układu wegetatywnego jest charakterystyczna niezwykła łatwość uogólniania się bodźców, daleko poza zakres działania bezpośrednio drażnionych neuronów sympatycznych, oraz przerzucania się, przeskakiwania, na odległe nieraz ośrodki tej samej, a nawet przeciwnej połowy ciała. Objawy bólowe na kończynach i tułowiu są jedynie słabym przejawem dalekiej reperkusji, dlatego prawdopodobnie nie towarzyszą im inne miejscowe objawy wegetatywne, jak potowydzielnicze, naczynioruchowe, lub odżywcze, tak częste przy kauzalgjach kończyn. Natomiast na prawej połowie twarzy objawy te zaznaczają się dość wyraźnie (zaróżowienie, wyższa ciepłota). Ciekawem jest w naszym przypadku to, że zrazu rozprzestrzenienie się kauzalgji dotyczyło tylko szyi, ramienia prawego i górnej części klatki piersiowej po stronie prawej, t. j. obszaru, mającego wspólne wegetatywne ośrodki w rdzeniu, a dopiero później sensacje się przeniosły na obszary odległe i przeciwstronne. W rozważaniach tych nie możemy pominąć, że chora od maja znajduje się w okresie przekwitania, któremu mogą towarzyszyć parestezje, kauzalgje, zbliżone do tych, na które chora się skarży. Ponieważ ośrodkiem kauzalgji jest twarz i napady kauzalgiczne wywołuje dotykanie, czego zwykle w okresie przekwitania nie spostrzegamy, oraz ze względu na ścisłą ich łączność ze sprawą opryszczkową, możnaby przyznać przekwitaniu znaczenie co najwyżej usposabiające. Zatem i to by przemawiało, że innych objawów przekwitania, jak uderzenia do głowy i t. p. nie było i że u chorej, którą widzieliśmy ostatnio w marcu b. r., z czasem kauzalgiczne dolegliwości ogólne zupełnie niemal ustąpiły. U chorej próbowaliśmy środków przeciwbólowych, narkotycznych, nasennych bez wyniku i jadów wegetatywnych jak pilokarpina, acecolina, gynergen również bez skutku. Dopiero leczenie naświetlaniami promieniami Roentgena dało po drugiej serji, wyraźne zmniejszenie się dolegliwości neuralgicznych i kauzalgicznych.

Do pewnego rozpoznania guza przysadki, w tym przypadku brak nam wyraźnych objawów ze strony dna III komory, i wybitniejszych objawów roentgenologicznych (zniszczenie siodełka znaczniejsze, ewent. rozdęcie jego wymiarów). Jednak zmiana siodełka, która bądź co bądź istnieje i nie może skądinąd pochodzić, nprz. być następstwem wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, niedorozwój cielesny, obok mniej przekonywującego objawu obniżenia przemiany materji, przemawiają bardzo poważnie za tem rozpoznaniem.

Zdaje się, że w danych okolicznościach zajęcie częściowe zwoju Gassera, względnie jego korzonków, głównie korzonka dla gałązki górnej trwające od 3 lat, objawy ucisku tętnicy szyjnej wewnętrznej i zajęcie włókien n. okoruchowego przeznaczonych dla zwieracza źrenicy (rozszerzenie i zupełna sztywność pr. źrenicy) jesteśmy w stanie wytłumaczyć jedynie rozpoznaniem guza przysadki, rosnącego w odmienny sposób niż to bywa zazwyczaj. Zniesienie węchu po stronie prawej okazało się spowodowane zmianami zanikowemi błony śluzowej nosa (Dr. Lewenfisz).

Nasz drugi przypadek, z objawami wskazującemi na guz przysadki, podobnemi lokalizacyjnie do poprzedniego, wykazuje pozatem zespół neurologiczny sam przez się całkiem niezwykły.

Przypadek II. Chora Dw. Cw., lat 48, w 15 r. życia przechodziła dur plamisty, pozatem nie chorowała. I perjod w 18 r. życia, następne regularne, co 4 tyg., dość obfite, czasem bolesne. Od 4-ch lat brak perjodów. Rodziła 4 razy, troje dzieci żyje, są zdrowe. Ostatni poród przed 15 laty. Obecna choroba rozpoczęła się przed 2 miesiącami po kilkagodzinnem klęczeniu na lewem kolanie w czasie pracy. Od tego czasu miała bóle w kolanie tak silne, że nie mogła ani spać ani jeść. Tak trwało przez miesiąc. W tym okresie nie przechodziła żadnej choroby gorączkowej. Po miesiącu dołączyły się kurcze toniczne w lewej nodze, mniej więcej co 30 minut, trwające od kilku minut do godziny, zdarzające się także we śnie. Podczas kurczu doznawała silnego bólu w kolanie, w przerwach — bez bólu. W czasie kurczu stopa przyjmuje ustawienie końsko-szpotawe, a noga jest silnie zgięta w stawie kolanowym i biodrowym. Gdy chorej w czasie kurczu wy-

prostowywano kończynę, kurcz mijał. Z powodu tych dokuczliwych kurczów, które uniemożliwiały jej pracę (dzierżawczyni sadu) i zmuszały do leżenia w łóżku, zwróciła się do kliniki 30 marca 1929 r. Na inne dolegliwości nie skarży się.

Stan obecny. Budowa chorej dziecięca, mały wzrost (135 cm), waga od 39 kg do 42 kg, drobna budowa, zwłaszcza twarz i ręce, z zachowaniem proporcji ciała kobiecego (zob. ryc. 2). Wygląd starczy, nieodpowiadający wiekowi (wybitna obwódka starcza na rogówkach, pomarszczenie około oczu, siwizna i t. p.). Dolne powieki bardzo blade ze stalowym kolorytem, jak u osobników eunuchoidalnych. Skóra wogóle sucha, na twarzy zwłaszcza koło uszu i na skroniach żółta. W narządach wewnętrznych, poza zaakcentowaniem II tonu nad tętnicą główną, nic szczególnego. Dno oczu — b. zm. Pole widznia nieco zwężone koncentrycznie. Ostrość wzroku, z korekcją, na oku prawem — 1; na oku lewem — 0.7. Obraz morfologiczny krwi prawidłowy. W spokoju spostrzega się drobne drżenie głowy, o dość szybkim rytmie. Od czasu do czasu w okolicy lewego kącika ust — drżenie i myoklonie. W kończynach górnych i dolnej prawej, oprócz nieznacznej hypotonji, stosunki prawidłowe.

Kończyna dolna lewa jest stale nieco zgięta w stawie kolanowym i biodrowym, a stopa w ustawieniu końsko szpotawem z paluchem dość silnie rozgiętym (zob. ryc 2). Gdy chora probuje wykonać ruch zginania w stawie kolanowym, lub gdy ruch ten wykonywujemy biernie, występuje kurcz toniczny w głowie przyśrodkowej mięśnia brzuchatego łydki, mięśnia piszczelowego przedniego i wyprostnego palucha długiego. Stopa skręca się nawewnatrz, a paluch wykonywa maksymalny ruch wyprostny. Jednocześnie napinają się ścięgna zginaczy kolan, szczególnie dwugłowy, pozatem głowa środkowa mięśnia czworogłowego, duży przywodziciel uda i prawdopodobnie także mięsień biodrowoudowy. Kurcz taki trwa do kilku minut, czasem kilkanaście i dłużej. Wyprostowanie bierne lewego stawu kolanowego, albo bierne zgięcie stopy lub palców, które chorej nie sprawiają bólu, przerywają kurcz. W czasie kurczu chora doznaje bólu, który umiejscawia w kolanie. Myokimij w czasie narastania lub zwalniania kurczu nie ma. Ukłucia szpilką, badanie elektryczne, wszelkie manipulacje koło lewej kończyny dolnej, prowokują lub nasilają kurcze. Trzeba dodać, że chora w spokoju ma często słaby niepokój ruchowy w palcach lewej stopy, przypominający nieco ruchy atetotyczne. Odr. kolanowy lewy można wywołać tylko w chwili rozluźnienia napięcia. Tak samo odruch ze ścięgna Achillesa. Oba są prawidłowe. Babiński 0. Przy próbie na objaw Rosselimo występuje wyprostowanie palców, zamiast zgięcia. Tkliwość na ucisk obu pośladków i mięśni kończyny dolnej lewej przy silnym ucisku. Chora stoi i chodzi z lekko zgiętem kolanem, które stara się unieruchomić przy chodzie. Stawia nieco dłuższe kroki nogą chorą. Badanie elektryczne wykazało normalne stosunki na chorej kończynie. Zasługuje na uwagę pocenie się lewej połowy twarzy, wyraźniejsze przy zmęczeniu, emocjach i środkach napotnych ośrodkowo działających niż po pilokarpinie.

Roentgenogram z czaszki: brak zarysów siodła i zniszczenie zatoki klinowej. W roentgenogramach z kręgosłupa stawu kolanowego lewego stwierdza się nieco mniejszą zawartość wapna w kościach; nasady kości kończyn prawidłowe.

Ciśnienie płynu m.-rdz. 200 w pozycji siedzącej, po upuszczeniu 5 cm³ płynu — 150, zresztą stosunki prawidłowe. Odcz. Wassermanna w płynie m.-rdz. i we krwi ujemny.

U chorej istnieje więc trwała, elektywna hypertonja lewej kończyny dolnej, dotycząca głównie zginaczy stawów. Na nią narzucają się samoistnie, lub pod wpływem bodźców czucia powierzchniowego, napadowe zaostrzenia hypertonji, upodabniające się do t. zw. crampi. Hyperkineza ta ma następujące cechy wspólne z crampi: występuje nagle, wśród bólu i pod wpływem podrażnień zewnętrznych. Od zwykłych crampi obwodowego, neurytycznego i angiospastycznego pochodzenia, różnią się zjawiska kurczowe w naszym przypadku tem, że za długo trwają, nie zaczynają się, ani kończą wśród moyklonij i że istnieje obok nich stała hypertonja, mają więc charakter dystonji ośrodkowego pochodzenia. Tak zwany *„Crampussyndrom"*, łącznie z *„Crampusneurose" Wollenberga*, Foerster umiejscawia w prążkowaniu, podobnie jak kurcz torsyjny, z którym zresztą nasz przypadek również ma pewne rysy podobieństwa. Jeśli więc mielibyśmy już z powodu samych kurczów lewej nogi powód do rozpoznawania anatomicznego schorzenia prążkowia, to przypominamy, że poza tem są jeszcze u chorej objawy pozapiramidowe inne, mianowicie myoklonie i drżenia w lewym policzku i drżenie głowy, które rozpoznanie zajęcia zwojów podstawy jeszcze dobitniej podkreślają. Bardziej hypotetycznem byłoby uzależnienie nadpotliwości lewego policzka od zmian, które przyjmujemy w prawych zwojach podstawy. Próba takiej lokalizacji mogłaby oprzeć się na badaniach Karplusa i Kreidla na zwierzętach. Badania te wykazały, że w *Corpus Luysii*, poza ośrodkami źrenicznemi znajdują się również ośrodki naczynioruchowe i potowydzielnicze. Z kazuistyki znany jest przypadek Leschke'go, w którym, po urazie czaszki, wystąpiła poza poliurją i glykozurją, połowicza nadpotliwość. W przypadku Wollenberga pląsawicy połowiczej, strona chora przestała się pocić. Jako pewną analogją możnaby się posługiwać znanym faktem zwiększonego wydzielania gruczołów łojowych u parkinsoników, zwłaszcza poencephalitycznych, które L. R. Müller tłumaczy dopływem zwiększonym podniet od prążkowania do międzymóżdża. Z drugiej strony pocenie się lewej połowy twarzy może być wyrazem podrażnienia ośrodków wydzielania potu w dnie III komory, nie mamy atoli innych objawów wegetatywnych u chorej, których w takim razie należałoby oczekiwać.



Ryc. 2.

Obok zespołu pozapiramidowego stwierdziliśmy u chorej wygląd dziecięco-starczy, zniszczenie siodełka łącznie z zatoką klinową, a więc zespół wystarczający, by rozpoznać guz przysadki, który mógłby odpowiadać, podobnie jak w poprzednim przypadku dobrotliwemu guzowi, rozwijającemu się od bardzo dawna i bardzo powoli. Guz ten, rozprzestrzeniając się ku dołowi, ku zatoce klinowej, rozrasta się zapewne także ku górze i mógłby w ten sposób uciskać na zwoje podstawne po stronie prawej. W ten sposób może nawet częściowo je niszczyć, wywołując lewostronne objawy pozapiramidowe i, czego nie możemy wyłączyć, także nadpotliwość lewej strony twarzy.

Obu naszym przypadkom jest to wspólne, że poza konstytucją dziecięco-eunuchoidalną nie wykazują notorycznych objawów guzów przysadkowo-lejkowych, ze strony narządu wzroku lub sfery płciowej, ani otłuszczenia. Objawem podstawowym w rozpoznaniu są zdjęcia roentgenowskie, które, zwłaszcza w drugim przypadku, bez najmniejszej wątpliwości wykazują zmiany siodełka charakterystyczne dla guzów przysadki. W pierwszym przypadku do ugruntowania usadowienia sprawy w okolicy przysadki przyczyniają się objawy z pobliża: ze strony zwoju Gassera, tętnicy szyjnej wewnętrznej i nerwu okoruchowego. Pozatem stwierdzamy u obu chorych objawy guzom przysadki zgoła obce i w kazuistyce dotąd nie opisywane, do tego objawy tak dosadne, że z ich powodu chore były zniewolone zwrócić się o pomoc lekarską.

W jednym przypadku obraz chorobowy opanowuje półpasiec twarzowy, mogący mieć wytłumaczenie w tem, że guz przysadki w niezwykły sposób dociera do okolicy zwoju Gassera i tętnicy szyjnej wewnętrznej. W drugim przypadku guz przysadki, sam przez się, również nie jest dla chorej źródłem dolegliwości, któremi stają się dopiero objawy kurczu zmiennego. Kurcze chorej stanowią część jednostronnego zespołu pozapiramidowego, który w sposób bliżej trudno dający się wytłumaczyć, z powodu braku analogij i doświadczenia anatomo-patologicznego, powstał w następstwie ucisku i podrażniającego lub hamującego działania guza przysadki na zwoje strony przeciwnej.

Jest atoli jeszcze inna możliwość hypotetyczna zależności dystonji chorej od guza przysadki. Jak wiadomo zaburzenia gruczołowe mogą doprowadzać do organicznych chorób nerwowych. Zagadnienie to zawarł po raz pierwszy w jednolitych ramach, w bardzo interesującym referacie, Bregmann na Dorocznem Ze-

braniu Warsz. Tow. Neurolog. 1929 r. Jak dotąd najliczniej przedstawia się kazuistyka zespołów neurologicznych, będących następstwem obniżenia czynności gruczołu tarczowego. Nie jest jednak wyłączone, że głębokie zaburzenie przemiany materji i czynności układów wegetatywnych w następstwie organicznych zmian przysadki stwarza również warunki zaburzeń anatomicznych w zwojach podstawowych, i że tą drogą mógłby dojść do skutku zespół pozapiramidowy w naszym drugim przypadku.

Dr. Bronisław BRAUN. Kraków.

Badania kliiiczne nad wpływem wody ze źródła Zubera w Krynicy na przemianę spoczynkową oraz na specyficzno-dynamiczne działanie białka w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Wartość lecznicza naturalnych wód mineralnych sprowadza się w pierwszym rzędzie do tych fizyko-chemicznych zmian, jakie przeprowadzają w ustroju elektrolity w nich zawarte. Wprowadzając je tak z pokarmami jak i w bardziej czynnej postaci mianowicie w wodach mineralnych umożliwiamy przeprowadzanie i regulację zasadniczych czynności biologicznych ustroju. Rola ich bowiem polega na tem, że zależnie od swego charakteru, stężenia i wzajemnego stosunku tak ilościowego jak i jakościowego zmieniają one stan dyspersji, względnie dyssocjacji koloidów, będących zasadniczemi składnikami komórki. Przesunięcia w strukturze koloidów są wyrazem życia komórki i stoją w związku z jej czynnościami biologicznemi. W komórkach zwierzęcych występują one, bądź jako koloidy hydrofobne n. p. cholesteryna, bądź jako hydrofilne n. p. albuminy, globuliny, czy lecytyny. Te ostatnie należą do ciał amfoterowych, mogą występować jako słabe kwasy, względnie zasady, ulegając dyssocjacji elektrolitycznej, zmieniają swój ładunek w zależności od oddziaływania środowiska, wśród którego się znajdują. Odgrywają tem samem jako ciała moderatorowe (1). (przez innych nazywane ciałami buforowemi) dużą rolę w utrzymaniu równowagi kwaso-zasadowej tkanek i krwi. Stan dyspersji koloidów zależy od zachowania się ładunków elektrycznych cząsteczek koloidów i cząsteczek wody w miejscu ich zetknięcia, jeżeli bowiem przeważa wzajemne powinowactwo cząsteczek koloidalnych do siebie następuje zbijanie się tychże a temsamem przesunięcie ku dyspersji grubej, jeżeli natomiast przeważa różnica napięcia zachodząca między ładunkami elektrycznemi cząsteczek wody i cząsteczek koloidu przychodzi do wzmożenia stopnia dyspersji. Oczywiście, że wszystkie ciała, posiadające własne ładunki elektryczne, w pierwszym rzędzie zaś elektrolity będą miały możność wpływania i regulowania stopnia dyspersji koloidów a temsamem stanowić będą o ich zasadniczych własnościach jak pęcznienie, lepkość, ciśnienie osmotyczne i t. d., które to stany są wyrazem ich czynności biologicznych jako składników żywej komórki. Koloidy zależnie od swego gatunku tworzą bądź to drogą adsorbcji związki fizyczne, bądź też chemiczne o charakterze nieorganicznym, zdolne do rozczepiania elektolitycznego. Zaznaczyć również należy, że działanie tych samych elektrolitów na koloidy może być biegunowo różne zależnie od ich stężenia, ilości ładunków jakie posiadają, a tem samem od ich wartościowości; duże znaczenie mają ich cechy swoiste, a wkońcu dobór i wzajemny stosunek w danym stężeniu (2).

W komórce gromadzą się elektrolity na jej obwodzie w dwóch warstwach: rozmieszczenia poszczególnych jonów i stosunek jaki zachodzi między nimi a koloidami komórkowemi jest wynikiem równowagi elektro-dynamicznej ich ładunków, wzajemnego powinowactwa chemicznego i ich własności fizyko-chemicznych. Warburg (3) ujął szereg tych czynników współdziałających w jedną całość i nazwał je układem powierzchniowym (u. p.) komórki. Układ ten ulega zmianom w różnych okresach czynności komórki tak pod wpływem bodźców fizyko-chemicznych, powstałych w samej komórce n. p. wytworów przemiany cząsteczkowej, jak i pod wpływem czynników regulujących, jakie stanowią układ wegetatywny, hormony, i jady. Odgrywa on zasadniczą rolę we wszystkich czynnościach biologicznych komórki, będąc czemś w rodzaju katalizatora w procesach fermentacyjnych, regulując szybkość dopływu i odpływu soków tkankowych przez odpowiednie zmiany w ciśnieniu osmotycznem (4), pośrednicząc zarazem w wymianie ciał odżywczych między komórką a krwią i limfą. Jedną z dalszych, a zarazem bardzo ważnych czynności u. p. jest pośrednictwo i regulowanie przemiany gazowej, więc w pierwszym rzędzie procesów utleniania, stanowiących o przemianie energetycznej ustroju. Na uwagę w końcu zasługuje rola tego układu, jako moderatora oddziaływania tkanek. Cały szereg prac potwierdza rolę elektrolitów w obrębie u. p. na przemianę materji i tak Bickel (5), stwierdził, że jony wapnia w małem stężeniu obniżają przemianę gazową, a jony potasu wzmagają ją. Abelin (6) wykazał w doświadczeniach na zwierzętach wpływ soli fosforowych na przemianę węglowodanową, Rubner i Rost (7) na przemianę tłuszczową, wkońcu Arnoldi (4) wpływ dwuwęglanów na wydzielanie bilirubiny i kwasu moczowego.

Zmiany w u. p., a temsamem w stężeniu elektrolitów reguluje układ wegetatywny i hormony. Podniety, dochodzące drogą nerwów wegetatywnych do komórki obwodowej, zmieniają stężenie elektrolitów w obrębie u. p., co pociąga za sobą zmianę struktury koloidów. Według S. G. Zondeka (2) — elektrolity są organem wykonawczym układu wegetatywnego. Dwuokresowość czynności komórek jak n. p. skurcz i rozkurcz mięśni gładkich jest również wyrazem zmian w stężeniu elektrolitów o stosunku antagonistycznym w pierwszym rzędzie jonów Ca i K, przyczem przesunięcia te występują już to pod wpływem podniet, dochodzących raz od nerwu współczulnego, to znowu od nerwu błędnego. Te zmiany w zagęszczeniu elektrolitów u. p. komórki w pierwszym rzędzie Ca i K mogą wystąpić oczywiście nietylko za pośrednictwem układu wegetatywnego, ale także i przy bezpośrednim dowozie odpowiednich elektrolitów do komórki, przyczem ostateczne działanie biologiczne tych zmian będzie w obu przypadkach takie samo. Kraus (8) nadto wykazał, że skutek drażnienia nerwu błędnego jest wręcz przeciwny, gdy podnieta spotyka się na obwodzie komórki ze stężeniem kationów Ca znacznie większem, niż prawidłowo. Wynika z tego, że odpowiednie stężenia elektrolitów na obwodzie komórki nietylko powstają pod wpływem podniety, ale warunkują również natężenie jej działania.

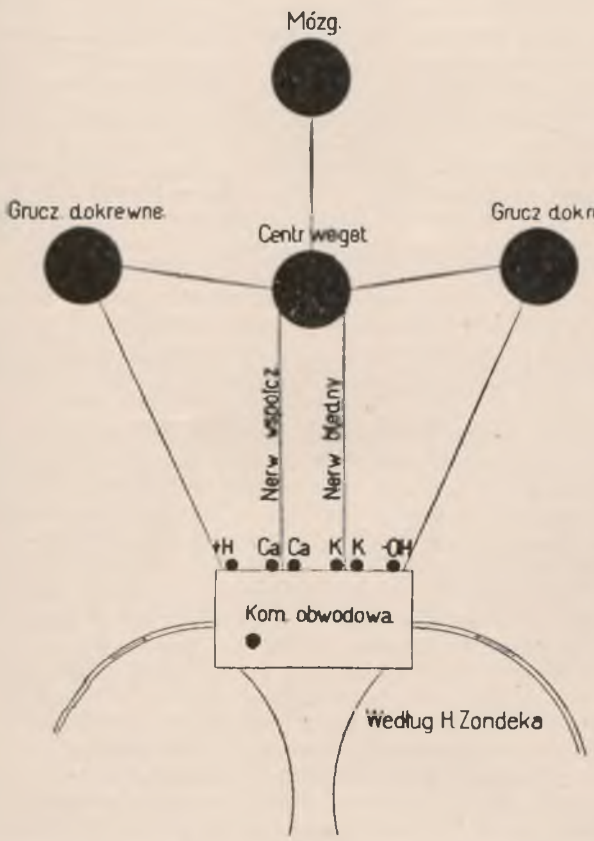
Drugim obok układu wegetatywnego czynnikiem wpływającym na u. p. komórki są hormony. Krążą one we krwi w postaci nieczynnej (9) i dopiero pod wpływem pewnych elektrolitów stają się czynnemi, już w samej komórce, będącej zarazem ostatecznem miejscem zadziałania hormonów, zależnem od ich swoistego i wybiórczego powinowactwa. Ścisły związek, zachodzący między hormonami a elektrolitami, potwierdza cały szereg badań i tak Mayer (10) spostrzegał hamujący wpływ alkaljów, Kolm i Pick (11) i H. Zondek (9) jonów Ca. na adrenalinę, H. Zondek i Reiter (12), że Ca działa hamująco na tyroksynę i hormon grasicy, a potas w odpowiedniem stężeniu pobudzająco: H. Zondek i Ucko (13) określili zachowanie się tyroksyny pod wpływem jonów OH. Abderhalden i Wertheimer (14) wykazali wyraźny wpływ diety kwaśnej na insulinę, a prace Abelina (15) zachowanie się hormonu tylnego płatu przysadki pod wpływem elektrolitów.

Praca hormonów na obwodzie komórki odbywa się za pośrednictwem układu wegetatywnego, który pod wpływem bodźców, dochodzących z gruczołów dokrewnych, zmienia stężenie elektrolitów, w pierwszym zaś rzędzie stosunek Ca : K i OH : H w obrębie u. p. Przesunięcia te odbywają się stale w warunkach fizjologicznych i zależą od okresu czynności komórki. Dlatego też zależnie od stężenia elektrolitów w pewnym stanie czynności komórki, względnie od przesunięcia, wypływającego z pewnych stanów chorobowych, znajdują hormony to dogodne, to mniej dogodne, to zupełny brak warunków dla swego działania. Zrozumiałą jest również rzeczą, że jeżeli hormony mają możność regulowania stężenia elektrolitów za pośrednictwem układu wegetatywnego, mają temsamem wpływ na wszystkie czynności u. p. komórki. Należą tu w pierwszym rzędzie zaburzenia w gospodarce energetycznej ustroju. Materjałem, którym organizm się posługuje dla przeprowadzenia swych procesów oksydacyjnych jest w pierwszym rzędzie glykogen. Istnieje on przecież również w spoczynku obok fermentów i zapasów tlenu, że mimo wszystko przemiana materji w tym okresie jest znikomą, stoi to w związku z tem, że dla żywszych procesów utleniania niema odpowiednich warunków (2). Stanowią je pewne stężenia elektrolitów w obrębie u. p., regulowane przez układ wegetatywny, jak i przez hormony. Zaburzenia tego układu, towarzyszące schorzeniom gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, sprawia, że tak przemiana spoczynkowa, jak i czynnościowa wykazuje znaczne odchylenia. W nerwicach wegetatywnych według H. Zondeka (16) krew dwa razy więcej oddaje tlenu tkankom, aniżeli u osób prawidłowych i jak długo regulacja na tej drodze wystarcza, przemiana gazowa nie ulega zmianie. Podobnie w hypertyreozach i tu z początku ustrój wyrównuje wzmożone zapotrzebowanie większem wykorzysty-

waniem zapasów tlenu we krwi za pośrednictwem tyroksyny i dopiero, gdy to nie wystarcza, wzmaga przemianę gazową.

Ścisły związek, jaki zachodzi we wzajemnym stosunku między układem koloidów i elektrolitów z jednej strony a układem wegetatywnym i hormonami z drugiej, ujął F. Kraus i S. G. Zondek (17) w jedną całość jako tak zwany „system wegetatywny". (Tablica Nr. 1).

№ I. Szemat syst. regulacyjnego.



Celem tego systemu jest utrzymanie stałej równowagi wszystkich procesów fizjologicznych z nim związanych we wszystkich okresach czynności komórki. Nic dziwnego, że schorzenie jednego z układów powoduje zaburzenia pozostałych, a objawy chorobowe są tylko wyrazem dostosowania się poszczególnych układów do nowych warunków współdziałania. I tak przyczyną stanów allergji, dyspozycji chorobowej i pewnych typów konstytucjonalnych są zmiany w strukturze koloidalnej komórki, pociągające za sobą zmiany w stężeniu elektrolitów (4). Podobne tło mają pewne postacie dychawicy oskrzelowej (2), a niektóre przypadki hypertyreozy ze wzmożoną przemianą spoczynkową powstają według H. Zondeka (9) na skutek zmian pierwotnych w komórce obwodowej, które dopiero wtórnie zmuszają tarczycę do nadczynności. Cały szereg nerwic wegetatywnych przebiega z zaburzeniem w gospodarce elektrolitów (18), czasami także ze wzmożoną przemianą spoczynkową a niejednokrotnie z objawami nadczynności tarczycy (19, 20). Są to właśnie te tak bardzo często spotykane przypadki, stojące na pograniczu między nerwicami wegetatywnemi a hypertyreozami. Zaburzenia poszczególnych układów „systemu wegetatywnego" zaznaczają się najwyraźniej jako wtórne objawy towarzyszące schorzeniom gruczołów dokrewnych.

Wprowadzając do organizmu elektrolity w postaci wód mineralnych powodujemy przesunięcia w rozmieszczeniu i stężeniu elektrolitów, zmianę w strukturze koloidów, powstaje zatem nowa równowaga, będąca wyrazem dostosowania się wzajemnego tak elektrolitów, jak koloidów, oddziałujemy ponadto pośrednio i bezpośrednio na oba układy regulujące, więc na układ wegetatywny i hormonalny.

Wychodząc z tego założenia postawiliśmy sobie za zadanie określenie wpływu wody Zubera na zachowanie się przemiany gazowej w schorzeniach gruczołów dokrewnych, przeprowadzając dla celów porównawczych takież same badania u osób z prawidłową przemianą materji. Woda ze źródła Zubera jest najsilniejszą w Polsce wodą alkaliczną wapniowo-magnezjowo-żelazową z nieznaczną ilością jodu; jej stężenie jonów wodorowych wynosi przy źródle według oznaczenia Kmietowicza (21) pH = 7.42, w wodzie we flaszkach t. j. takiej, jaką w doświadczeniach naszych podawaliśmy chorym, stwierdziliśmy pH = 7.7—7.8.

Przeprowadziliśmy dwie grupy doświadczeń, pierwszą obejmują badania nad przemianą spoczynkową, drugą nad specyficznodynamicznem działaniem białka. Metodyka pierwszej grupy naszych badań była następująca: chorzy przez cały czas przeprowadzania doświadczeń pozostawali na stale tej samej ściśle jakościowo i ilościowo określonej diecie składającej się przeważnie z węglowodanów, natomiast ze skąpej ilości białka i tłuszczów, przyczem oczywiście w każdym przypadku zapotrzebowanie kaloryczne było całkowicie pokryte. Czasokres poszczególnych badań trwał 6—8 tygodni i dzielił się na trzy okresy, mianowicie: 1) wstępny, trwający 2—3 tygodni, kiedy to chorzy poza środkami obojętnemi i opisaną dietą, otrzymywali dwa razy dziennie po 250 ccm soli fizjologicznej dziennie; 2) okres właściwego doświadczenia trwający również dwa do trzech tygodni, różnił się od poprzedniego tem, że w miejsce soli fizjologicznej podawaliśmy chorym dziennie, 250 ccm wody ze źródła Zubera zmieszanej z równą ilością wody wodociągowej, przyczem mięszanina ta miała tę samą ciepłotę i podawaliśmy ją w tym samym czasie co sól fizjologiczną, wreszcie w 3) okresie t. j. kontrolnym rozciągającym się podobnie jak dwa poprzednie na 2—3 tygodni, podawaliśmy chorym znowu pół litra soli fizjologicznej w ten sam sposób jak w okresie pierwszym. Wprowadzaliśmy ją w okresach porównawczych dlatego, ażeby w wynikach działania Zubera wyodrębnić działanie elektrolitów od samej masy wody i energji cieplnej z nią wprowadzonej. We wszystkich przypadkach oznaczaliśmy przemianę spoczynkową (p. s.) przyrządem Krogh'a kilkakrotnie w ciągu każdego okresu, biorąc następnie średnią i przestrzegając by czynniki stojące w związku, czy to z procesami życia (n. p. miesiączkowaniem), względnie ze sposobem życia i związaną z nią pracą fizyczną, czy też temperaturą otoczenia, względnie sprawnością techniczną aparatu, nie wpływały na wyniki oznaczeń. Nadto w uzupełnieniu określaliśmy prężność pęcherzykową CO_2, rezerwę alkaliczną, a w niektórych przypadkach wapń i potas w surowicy krwi.

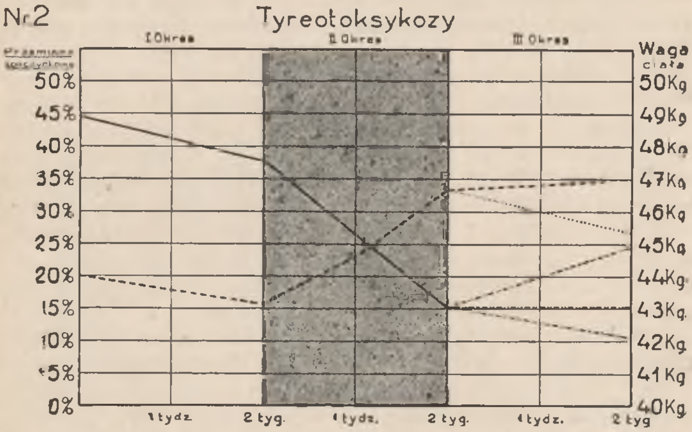
Dotychczasowy materjał doświadczalny obejmuje 14 spostrzeżeń i dzieli się na 3 grupy, a mianowicie: 7 przypadków hypertyreozy, 3 przypadki otyłości wywołanej zaburzeniami w gruczołach dokrewnych i 4 przypadki z prawidłową przemianą materji, w tem jeden przypadek wola guzowatego.

Odnośnie do pierwszej grupy obejmującej 5 przypadków rozwiniętej choroby Basedowa L. Dz. kl. 47/29, 230/29, 346/29, 756/29, 418/29 i dwóch przypadków *thyreotoxicosis* L. Dz. kl. 674/28, 131/29, wyniki przedstawiają się następująco: w I-szym okresie we wszystkich tych przypadkach spostrzegaliśmy wzmożoną p. s. dochodzącą, zależnie od przypadku i nasilenia chorobowego od 34% do 64%. Nowe warunki, w jakie chorzy dostawali się po przyjściu na klinikę, obniżały p. s. najwyżej o 8% w ciągu 2—3 tygodni. Rezerwę alkaliczną i prężność pęcherzykową spostrzegaliśmy na dolnej granicy normy. Poziom wapnia i potasu w surowicy krwi wykazywał znaczne wahania w granicach prawidłowych. Waga ciała nieznacznie się wahała w obu kierunkach.

W II-gim okresie podawania wody ze źródła Zubera stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach tej grupy, i to bez wyjątku, po pierwsze bardzo znaczny spadek przemiany spoczynkowej: zniżka zależnie od przypadku i nasilenia sprawy chorobowej wahała się w granicach od 13—25%, a u 2 chorych p. s. wróciła prawie że do wartości prawidłowych. Były to przypadki lekkiej hypertyreozy. Po drugie stwierdziliśmy przyrost wagi ciała, wahający się w granicach od 1—6 kg. Tylko w dwóch przypadkach waga nieznacznie spadła, mimo obniżenia przemiany spoczynkowej. Wpływ wody Zubera zaznacza się także wyraźnie na równowadze kwaso-zasadowej krwi. Stwierdziliśmy bowiem wzrost rezerwy alkalicznej, przeciętnie od 10—15 cm i odpowiednio także i prężności pęcherzykowej CO_2, zwiększającej się od 8—15 mm słupa rtęci. Spostrzegaliśmy nadto zwolnienie tętna, zmniejszanie się przerosłego gruczołu tarczykowego obok znacznej poprawy podmiotowej, inne objawy przedmiotowe nie ulegały wyraźniejszym zmianom. Zaznaczyć należy, że przytoczone powyżej dodatnie objawy zaczęły się przejawiać już z końcem pierwszego tygodnia stosowania wody Zubera.

W III-cim okresie t. j. w czasie, kiedy po odstawieniu wody Zubera chorzy otrzymywali tę samą ilość soli fizjologicznej, p. s. w czterech przypadkach pozostała niezmienioną na wysokości okresu II-go, w dwóch zaś z powrotem nieznacznie się wzmogła,

nie osiągając jednak poziomu okresu pierwszego. Waga ciała idzie równolegle z p. s., wykazując nieznaczne wahania w obu kierunkach. Rezerwa alkaliczna, prężność pęcherzykowa CO_2 i pH w moczu obniża się, zbliżając się do stanu, jaki spostrzegaliśmy w pierwszym okresie, co tłumaczy się zastanowieniem dowozu alkaljów (Tablica 2).

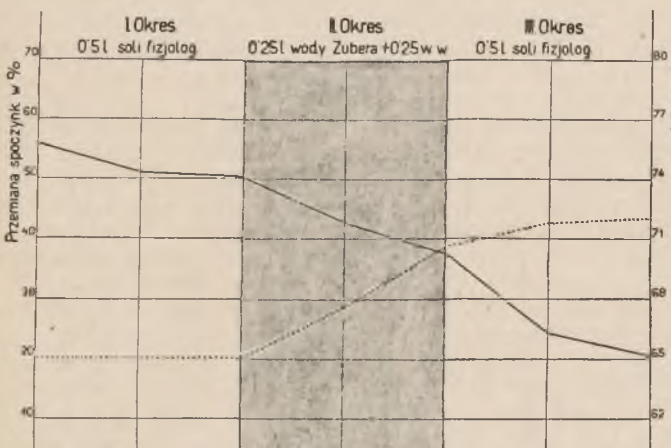


——— przemiana spoczynkowa (p. s.).
- - - - - - waga ciała

Krzywe przemiany spoczynkowej i wagi ciała w przypadkach przewlekłej choroby Basedowa pod wpływem wody Zubera.

Drugą grupę stanowią trzy przypadki otyłości na tle zaburzeń w gruczołach dokrewnych, mianowicie: 1 przypadek (chora W. S. L. dz. 358/29 lat 22) otyłości wielogruczołowej, gdzie obok objawów zwyrodnienia śluzakowatego wyraźnie zaznaczone były objawy choroby Basedowa z p. s. wzmożoną o 51%. Tak w czasie podawaniu wody Zubera, jak i w trzecim okresie, t. j. nawet po odstawieniu jej, występuje wyraźnie spadek p. s., wynoszący ostatecznie 30%. Równocześnie waga ciała narasta o 7 kg (tabl. 3).

Nr. 3.



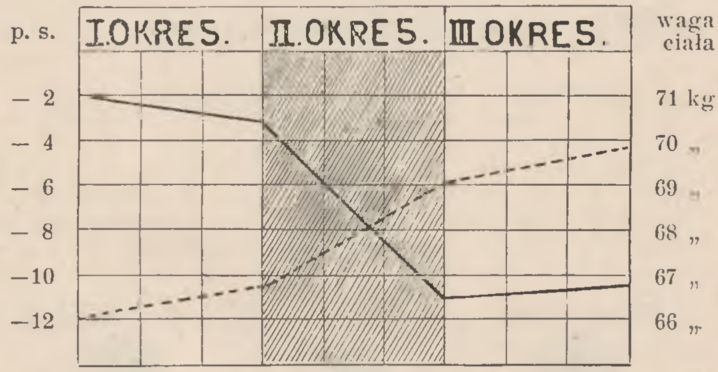
——— p. s.
- - - - - - waga ciała

Krzywe p. s. i wagi ciała pod wpływem wody Zubera w przypadku otyłości na tle śluzakowatego zwyrodnienia tarczycy z równoczesnymi objawami choroby Basedowa.

Następne przypadki to *adipositas hypogenitalis,* chora Cz. Z. lat 21 L. dz. 676/29 i drugi *adipositas pluriglandularis,* chora P. M., lat 28, L. dz. 370/29. P. s. nieznacznie obniżona w pierwszym okresie, po podaniu wody Zubera w jednym przypadku nieznacznie się zwiększa, w drugim zaś nieznacznie obniża, przyczem zaznaczyć należy, że p. s. w obu tych przypadkach i we wszystkich okresach nieprzekroczyła granic prawidłowych, tymczasem waga ciała wyraźnie narastała. W przypadku ostatnim rezerwa alkaliczna, jak i prężność pęcherzykowa CO_2 jeszcze przed podaniem wody Zubera wykazuje poziom nieznacznie przekraczający normę. (Tabl. 4).

Grupę III-cią spostrzeżeń stanowią cztery przypadki z prawidłową p. s., a mianowicie: chora S. A., L. dz. 790/28, *Neuritis ischiadica,* chora H. S., L. dz. 571/29, *Neurosis cordis, Struma nodosa,* chora S. F., L. dz. 329/29, *Dyspepsia nervosa,* chora S. P., L. dz. 262/29, *Dyspepsia nervosa.* U chorych tych przemiana spoczynkowa we wszystkich trzech okresach wahała się w granicach prawidłowych, gdy tymczasem waga ciała narastała w drugim okresie od 1 do 4 kg.

Nr. 4.



——— p. s.
- - - - - - waga ciała

Krzywe p. s. i wagi ciała w przypadku otyłości wielogruczołowej pod wpływem wody Zubera.

W drugiej grupie doświadczeń przeprowadziliśmy badania nad wpływem stosowania wody Zubera na specyficzno-dynamiczne działanie białka, posługując się metodą, podaną przez Kraussa (22), mianowicie: chorzy pozostawali w ciągu dwóch dni, poprzedzających badania na ściśle określonej diecie i spędzali noc w pokoju doświadczalnym, by uniknąć najmniejszego chociażby wysiłku fizycznego. Rano naczczo przeprowadzaliśmy dwukrotne oznaczenia p. s., poczem chorzy otrzymywali 133 g mięsa cielęcego siekanego i 10 gramów masła, co odpowiada sumie 114.4 kalorji i 250 ccm soli fizjologicznej we wstępnem badaniu, a we właściwem zamiast soli fizjologicznej 250 ccm nierozcieńczonej wody ze źródła Zubera o tej samej temperaturze, poczem oznaczaliśmy przemianę gazową co godzinę przez 5—6 godzin.

Materjał doświadczalny obejmuje 6 przypadków, w tem 4 hypertyreozy (L. dz. 702/29, 76/30, 23/30, 153/30) i 1 otyłości wielogruczołowej na tle zmian w międzymózgowiu L. dz. 71/30 i 1 przypadek z prawidłową przemianą spoczynkową L. dz. 85/30.

We wszystkich przypadkach hypertyreozy, z wyjątkiem jednego, gdzie przemiana spoczynkowa tylko nieznacznie była zwiększoną przy wstępnem badaniu, spostrzegaliśmy wzmożenie specyficzno-dynamicznego działania białka o 5—14% ponad normę. W czasie właściwego doświadczenia t. j. po podaniu wody Zubera, zaznaczył się spadek specyficzno-dynamicznego działania białka o 7—14%. Tylko w jednym przypadku, o którym poprzednio wspominaliśmy, nie spostrzegliśmy żadnej wyraźnej różnicy. W przypadku otyłości mózgowo-wielogruczołowej i w przypadku prawidłowym specyficzno-dynamiczne działanie białka przebiegało w granicach prawidłowych, tak w badaniu wstępnem, jak i właściwem, nie wykazując wyraźnych różnic.

Zestawiając teraz wszystkie uzyskane przez nas wyniki widzimy, że woda Zubera wywołuje wyraźny spadek nadmiernie wzmożonej p. s., a więc przedewszystkiem w stanach nadczynności tarczycy, a zarazem obniża specyficzno-dynamiczne działanie białka, przez co działa oszczędzająco na wygórowaną przemianę energetyczną ustroju. Najwyraźniej zaznacza się więc spadek w przypadku otyłości, gdzie obok objawów wzmożonej czynności tarczycy, mamy równocześnie paradoksalny objaw jednostronnej niedomogi tegoż gruczołu, przejawiającej się obrzękiem śluzakowatym. We wszystkich zaś tych przypadkach, gdzie p. s. waha się w granicach prawidłowych i gdzie pod wpływem wody Zubera nie otrzymaliśmy wybitniejszych zmian, stwierdzamy wyraźnie przyrost na wadze, tak, że na 14 badanych wszystkich przypadków, w 11-tu waga ciała narasta, podnieść to należy przedewszystkiem w przypadkach otyłości i w przypadkach prawidłowych. Wyniki ostatnie są zgodne ze spostrzeżeniami prof. Tempki (23), który u osób prawidłowych stwierdził pod wpływem Zubera wprost zatrzymanie ciał azotowych w ustroju i już wtedy polecił na tej podstawie stosowanie wody Zubera w przebiegu choroby Basedowa. W końcu zaznaczyć również należy zwiększenie się rezerwy alkalicznej i odpowiednio także prężności pęcherzykowej CO_2.

Dodatni wynik działania wody Zubera na przemianę gazową w hypertyreozach, znajduje wytłómaczenie w tem, że wprowadzamy do organizmu wodę mineralną silnie alkaliczną, zawierającą czynne jony wodorotlenowe, obok dwuwęglanu sodu, wapnia i drobnych ilości jodu. Mechanizm działania składników wody Zubera staje się zrozumiały, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w hypertyreozach wzmożony metabolizm energetyczny wywołany jest większym rozpadem glykogenu na kwas mlekowy. W warunkach prawidłowych, proces ten odbywa się anoxybiotycznie, a jedna piąta wytworzonego kwasu mlekowego bywa spalaną na CO_2 i H_2O, a 4/5 ulega resyntezie na glykogen (Hill i Mayerhold, i S. G. Zondek (2)) i w ten sposób ustrój zaoszczędza większą część zapasu energetycznego. Tymczasem w chorobie Basedowa, jak stwierdzają Bier (24), H. Zondek (16), S. G. Zondek (2), König (25), Dressel (26) i Bansi (27) nietylko większa ilość zapasu energentycznego w postaci glykogenu ulega rozpadowi, ale co ważniejsze, zaburzony jest proces resyntezy glykogenu, na skutek czego ilość kwasu mlekowego zwiększa się we krwi do 16% mg (Bier (24), i dochodzi do znacznie wyższej jeszcze wartości przy nieznacznych już wysiłkach fizycznych. W ten sposób przychodzi do zaburzenia równowagi kwaso-zasadowej, głównie tkanek, a we krwi zmniejsza się ilość ciał zasadowych, co stwierdziliśmy także w naszych przypadkach. Potwierdza to doświadczenie Königa (25), który spostrzegał, że zwierzęta, którym podano śmiertelną dawę tyreoidyny, ginęły wśród objawów kwasicy. Organizm broni się przed kwasicą w ten sposób, że utlenia kwas mlekowy i zwiększa w ten sposób przemianę gazową. Podobnie rzecz się ma ze specyficzno-dynamicznem działaniem białka, Jahn (28), wyróżnia tu dwa okresy zwyżki przemiany gazowej, pierwszy hormonalny, a drugi kwasicowy. Ten ostatni jest w warunkach prawidłowych krótkotrwały, podczas gdy w chorobie Basedowa znacznie wydłużonym. Wprowadzając zatem z wodą Zubera znaczną ilość dwuwęglanu sodowego (18,77 g w litrze), zwiększamy rezerwę alkaliczną zmniejszoną w hypertyreozach. Równocześnie, jak to stwierdziliśmy w naszych przypadkach, wzrasta także w odpowiednim stosunku ilość kwasu węglowego we krwi, stosunek zatem $\frac{CO_2}{Na.HCO_3}$ się nie zmienia, przychodzi do t. zw. alkalozy niegazowej, skompenzowanej (Parnas (1) Stan ten przyczynia się do lepszego zmoderowania tkanek, dwuwęglany bowiem wiążą kwas mlekowy i temsamem obniżają zapotrzebowanie tlenu, nadto jak wykazali Elias i Sammartino (29) dwuwęglany sodu wzmagają resyntezę glykogenu z kwasu mlekowego. Zaznaczyć również należy, że tyreoidyna działa znacznie silniej w środowisku kwaśnem, aniżeli alkalicznem. Potwierdzają to prace Königa (25), który stwierdził, że jeżeli zwierzętom wstrzykiwał kwas mlekowy, ginęły po podaniu takiej dawki tyreoidyny, którą zwykle znosiły bez szkody. Podobnie H. Zondek i Ucko (13) w doświadczeniach na kijankach żab. spostrzegali znacznie silniejsze działanie tyreoidyny w środowisku słabo-kwaśnem, podczas gdy środowisko słabo-alkaliczne wyraźnie hamowało działanie tyreoidyny. Znajduje to swoje wytłumaczenie w tem, że, jak wykazał Kendall (30), tyroksyna występuje w dwóch postaciach, jako zredukowana z otwartym pierścieniem pyrrolowym, powstająca w środowisku alkalicznem-nieczynna i druga utleniona w środowisku kwaśnem, czynna.

Że w chorobie Basedowa nie przychodzi do objawów kwasicy we krwi, pochodzi stąd, że ustrój część kwasu mlekowego utlenia, a część, wiążąc z amoniakiem, wydala z moczem. To nadmierne wydalanie amoniaku jakoteż ta okoliczność, że z ciał białkowych wytwarza się glykogen, przyczem uwalnia się znaczna ilość amoniaku, doprowadza do ujemnego bilansu azotowego.

Ostatecznie dochodzimy do wniosku, że przez wprowadzenie z wodą Zubera dużych ilości dwuwęglanu sodu przyczyniamy się do lepszego zmoderowania tkanek i krwi, stwarzamy następnie w u. p. gorsze warunki dla działania tyroksyny i w ten sposób obniżamy przemianę energetyczną w ustroju. Zarazem zmniejsza się ilość wydzielonego amoniaku przez co poprawiamy bilans azotowy.

Następnym z rzędu elektrolitem zawartym w wodzie Zubera, a posiadającym wpływ na przemianę materji w hypertyreozach są katjony wapnia (dwuwęglanu wapna w wodzie Zubera 0,63433 g w litrze). We wszystkich spostrzeganych przez nas przypadkach hypertyreozy poziom wapnia we krwi pozostawał na dolnej granicy normy, natomiast H. Zondek (9) podaje bądź to wartości prawidłowe, bądź od tych znacznie niższe, podczas, gdy Leichner (32) i Waldorp (31), stwierdzali stale wartości obniżone jako stojące w związku ze wzmożonem wydzielaniem wapnia (Falta (33); a Billingheimer (34) nawet wartości większe aniżeli prawidłowe. Różnice te tłumaczą się nie tylko nierównomiernym stanem napięcia układu wegetatywnego i stojącem z nim w związku stężeniem jonu wapnia w różnych przypadkach tego schorzenia, lecz także tem, że wapń we krwi znajdujemy zaledwie w 2% tej ogólnej ilości, jaka znajduje się w całym organiźmie, pozatem wartości stwierdzane we krwi nie świadczą bezwzględnie o jego stężeniu w tkankach obwodowych, gdyż mogą istnieć pod tym względem daleko idące różnice. Prawdopodobnym wydaje się nam pogląd, że ilości wapnia w komórkach obwodowych są w przebiegu tego schorzenia znacznie zmniejszone, zaczem przemawia większa pobudliwość układu wegetatywnego, jak i ta okoliczność, że po podaniu tyreoidyny, jak stwierdzili Carlos i Waldorp (31), obniża się poziom wapnia we krwi. Wyrównanie ubytku wapnia stanowi tem samem o wartości leczniczej wody Zubera. Nadto H. Zondek i Reiter (12) w doświadczeniach na kijankach żab spostrzegali hamujący wpływ odpowiedniego stężenia jonu wapnia na tyreoidynę o czem już poprzednio wspominaliśmy. Również Bickel (5) zauważył obniżenie p. s. po podaniu tego elektrolitu. W końcu dodać należy, że wapń zwiększa stężenie jonów OH w tkankach, jak stwierdzają w doświadczeniach swoich Kraus i Zondek (35), działając bowiem odpowiedniem stężeniem tego elektrolitu na wyosobnione serce żaby, bijące w płynie Ringera, spostrzegali oni zwiększanie się zagęszczenia jonów H. płynu, oczywiście kosztem stężenia jonów H w mięśniu sercowym. Opierając się na tych danych dochodzimy do wniosku, że jony wapnia działają pod tym względem współrzędnie z dwuwęglanami sodu.

Nie jest jednak wykluczone, że lecznicze działanie jonu Ca doznaje obniżenia przez obecność dość znacznej ilości jonów K. Ponieważ potas na ogół trudniej się wchłania przez błonę śluzową i szybciej zostaje wydalony z ustroju, zwłaszcza, gdy się go podaje razem z jonami sodu (36), tem samem działanie antagonistyczne potasu staje się znacznie słabsze, podczas gdy środowisko alkaliczne przyczynia się do zatrzymania jonów wapnia w organiźmie (37). Wartość wprowadzonych z wodą Zubera jonów Ca polega wobec tego na obniżeniu pobudliwości układu wegetatywnego na hamującem działaniu na tyreoidynę, oraz na utrzymaniu równowagi kwaso-zasadowej w komórce obwodowej.

Duży wpływ na przemianę energetyczną w ustroju w przebiegu hypertyreozy wywiera nadto jod zawarty w wodzie Zubera w znikomej ilości, bo na jeden litr przypada zaledwie 0.00104 g tego elektrolitu. Ilość zaś ta jaką w doświadczeniach naszych podawaliśmy chorym wynosi, 0.26 mg (dziennie). Najniższa dawka jaką stosował Neisser w chorobie Basedowa jest prawie dziesięciokrotnie wyższą od dawki powyższej. Inni autorzy jak Plummer (38) podawali jeszcze wyższe ilości. Mechanizm działania jodu w hypertyreozach polega według badań Helwiga (39), Holsta, Lundego, Glossa i Pedessena (40) i innych na zatrzymaniu tyreoidyny w obrębie gruczołu tarczykowego, przez co zmniejsza się jej ilość we krwi obwodowej, powodując w ten sposób obniżenie p. s. i znaczną poprawę stanu ogólnego, natomiast H. Zondek (9) jest zwolennikiem teorji działania obwodowego jodu. Za pierwszym poglądem przemawia fakt stwierdzony przez Biedla i Redischa (41), Faltę (33) i innych, że po odstawieniu jodu występuje pogorszenie stanu chorobowego na skutek przejścia do krwi nagromadzonej ilości tego hormonu. Stanowi to według tych autorów przeciwwskazanie do podawania jodu w chorobie Basedowa, za wyjątkiem leczenia przygotowawczego do zabiegu operacyjnego, względnie do roentgenoterapji. W spostrzeganych przez nas przypadkach nie stwierdzaliśmy nigdy po zaprzestaniu podawania wody Zubera jakiegokolwiek pogorszenia stanu chorobowego, co tłumaczy się nietylko bardzo małą ilością podawanego jodu, lecz przedewszystkiem współdziałaniem innych elektrolitów, w pierwszym rzędzie dwuwęglanu wapnia i sodu. Lucien Dautrebande (42) tłumaczy, że różnice w wynikach leczniczych otrzymywanych przez różnych autorów przy podawaniu jodu, stoją w związku z wysokością ponad poziomem morza, miejscowości, gdzie przeprowadzano doświadczenia i zwracał uwagę na wybitnie dodatni wpływ klimatu górskiego. Nie wydaje się nam prawdopodobnem, aby leczenie jodem choroby Basedowa stało w związku z klimatem górskim jako takim, odgrywa tu raczej rolę stan alkalozy gazowej skompensowanej (1), jaki powstaje u osobników przebywających w górach. Nie ulega także wątpliwości, że alkaloza ta jako czynnik moderujący kwasicową przemianę materji działa dodatnio

w hypertyreozach; jest to jeszcze jedno potwierdzenie naszego poglądu na korzystny wpływ alkaljów przy leczeniu jodem.

Dochodzimy do wniosku, że dodatni wpływ wody Zubera w przebiegu hypertyreoz stoi w związku nie tyle z działaniem poszczególnych elektrolitów, ile raczej na zesumowaniu się ich oligodynamicznych działań. Ustosunkowanie się ich w odpowiedniem stężeniu w obrębie u. p. komórki, powoduje zmianę w strukturze koloidów, które stają się mniej „czułemi" na działanie tyreoidyny. Badania Zimmera (43) w ostatnich miesiącach będące obecnie również w toku i na naszej klinice, przyczyniają się do wyjaśnienia roli koloidów w chorobie Basedowa. Autor ten przez wstrzykiwanie krwi obcogatunkowej, a co zatem idzie przez zmianę w strukturze koloidów komórkowych i stężenia elektrolitów, otrzymał znaczne obniżenie wzmożonych procesów energetycznych w chorobie Basedowa. W doświadczeniach naszych dochodzimy do tego samego wniosku, tylko drogą odmienną, bo za pośrednictwem elektrolitów wprowadzonych do ustroju zmieniamy strukturę koloidalną komórki.

Przechodząc teraz do wskazań leczniczych stawiamy następujące wnioski na podstawie naszych badań: podawanie wody Zubera w dawkach przez nas, a więc zwyczajnie stosowanych jest wskazane wszędzie tam, gdzie chodzi o obniżenie chorobowo wygórowanej przemiany gazowej, a więc w hypertyreozach. Nadto w przypadkach takich w których przemiana spoczynkowa jest co prawda prawidłową, gdzie jednak występują zaburzenia układu wegetatywnego, w pierwszym rzędzie zaś w tych postaciach nerwic wegetatywnych, które wykazują poronne objawy hypertyreozy. Pozatem jest wskazane podawanie wody Zubera w tych wszystkich schorzeniach, w których zachodzi wzmożony rozpad białka i wychudzenie. Przeciwwskazany jest Zuber w przypadkach otyłości, tak z prawidłową, a tem więcej jeszcze z obniżoną p. s., hamuje on bowiem wyrównujące działanie tarczycy. Na wyraźne podkreślenie zasługuje tu jeszcze fakt, że ten wybitny wpływ leczniczy Zubera utrzymuje się także w wodzie otrzymanej przed szeregiem miesięcy ze źródła. Niewątpliwie wpływ ten jest jeszcze wybitniejszy przy użyciu wody bezpośrednio wytryskującej, a zatem jeszcze więcej „czynnej", pominąwszy już czynnik klimatyczny i psychoterapeutyczny.

Piśmiennictwo:

1) Parnas: Pol. Arch. Med. Wewn. 1927, tom V, zesz. 3, str. 407. — 2) S. G. Zondek: Die Elektrolyte, Berlin 1927. — 3) Warburg: według S. G. Zondeka (2). — 4) Arnoldi: Ergebn. der ges. Med. 1924, tom V. str. 429. — 5) Bickel: Dtsch. med. Woch. 1924, Nr. 40, 43. — 6) Abelin: Klin. Woch. 1925, Nr. 36, str. 1732. — Rubner i Rost według S. G. Zondeka (2). — 8) Kraus: Dtsch. med. Woch. 1920, Nr. 8, str. 201. — 9) H. Zondek: Krankheiten der endokrinen Drüsen, Berlin 1926. — 10) Mayer: Kongr. Zentralbl. 19, str. 529, 1921. — 11) Kolm i Pick: Pflügers. Arch. f. d. gesam. Physiolog tom 140, str. 79, 1920. — 12) H. Zondek i Reiter: Klin. Woch. 1923, Nr. str. 1344. — 13) H. Zondek i Ucko: Klin. Woch. 1924, Nr. 29, str. 1752. — 14) Abderhalden i Wertheimer: Pflügers Arch. f. d. Ges. Physiol. tom 205, str. 259. — 15) Abelin: Klin. Woch. 1923, str. 1650. — 16) H. Zondek: Dtsch. med. Woch. 1929, Nr. 9, str. 345. — 17) Kraus Fr. i Zondek S G.: Klin. Woch. 1922, Nr. 20, str. 996. — 18) Bergmann: Klin. Woch. 1928, Nr. 27, str. 1296. — 19) Exner Z.: Neur. 121 z. 1/2, według Dtsch. med. Woch. Nr. 39, str. 1649, 1929. — 20) Bauer: Klin. Woch. 1928, Nr. 44, str. 2090. — 21) Kmietowicz: Pol. Gaz. Lek. 1929, Nr. 51, str. 969. — 22) Krauss E. Lehrbuch der Stoffwechselmethodik, Lipsk 1928, str. 5. — 23) Tempka: Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 39, 40, 41. — 24) Bier: Klin. Woch. 1929, Nr. 28, str. 1306. — 25) König: Klin. Woch. 1929, Nr. 14, str. 634. — 26) Dressel: Deutsch. Med. Woch. 1929, str. 259. — 27) Bansi: Deutsch. Med. Woch. 1929, str. 347. — 28) Jahn: Deutsch. Arch. f. k. klin. Med. 1928, tom 159, z. 5/6. str. 335. — 29) Elias i Sammartino: Biochem. Zeitsch. Tom 117, str. 10, 1921. — 30) Kendall według H. Zondeka (9), (cyt. wedł. S. G. Zondeka (2). — 31) Carlos i P. Waldorp: La Pressa Medica Argentina 1926, wedł. Deut. med. Woch. 1927, Nr. 17, str. 721. — 32) Leichner: Verhandl. Deutsch. Kongres f. innere Med. 1922, str. 417. — 33) Falta: Handbuch der inner. Med. Mohr-Staechelin, Tom. IV./2. str. 1052. — 34) Billingheimer: Klin. Woch. 1922, Nr. 6. — 35) Kraus i Zondek: Klin. Woch. 1922, Nr. 20. — 36) Bock J.: Arch. f. exper. Pathol. und Pharmak. 1907, str. 183, 57. — 37) Meyer i Schütz J.: Handbuch der Balneologie, med. Klimatologie u. Balneographie, Dietrich-Kaminer, Tom II. 1922. — 38) Plummer i Boathby: Amer. Journ. of physiol, 1921, 55, 221. — 39) Helwig: Klin. Woch. 1927, Nr. 50. — 40) Holst, Lunde, Gloss, Pedessen: Klin. Woch. Nr. 48, 1928. — 41) Biedl i Redisch: Med. Klin. 1925, Nr. 37—38. — 42) Lucien Dautrebande: Presse Med. 1929, Nr. 59. — 43) Zimmer: Dtsch. med. Woch. 1930, Nr. 15, str. 608.

Dr. Adolf SCHWARZBART. Kraków.

Znaczenie układu nerwowego wegetatywnego w powstawaniu niektórych chorób oto-rino-laryngologicznych.

Z Oddziału otolaryngologicznego Szpitala izraelickiego w Krakowie.
Ordynator: Dr. Adolf Schwarzbart.

Pośród licznych łączników istniejących pomiędzy otorynolaryngologją a innymi działami medycyny jest układ nerwowy wegetatywny jednym z najciekawszych. W wywodach ograniczę się do najogólniejszego nakreślenia zagadnienia, tem bardziej, iż w ogólności znajduje się ono jeszcze w okresie płynnym i niewykrystalizowanym. Wynika to przedewszystkiem stąd, że układ nerwowy wegetatywny (u. n. w.), na którym skupia się uwaga klinicystów anatomów i fizjologów dopiero od kilku dziesiątek lat jest w przeciwieństwie do klasycznie przebadanego układu nerwowego somatycznego tworem mało jeszcze poznanym i wedle dotychczasowego poznania wogóle fragmentarycznym. O jego drogach dośrodkowych, stanowiących logiczny postulat zwartości układu, — nieomal nic nie wiemy i posługujemy się hypotezą, iż są one zapożyczone od nerwów somatycznych. O ośrodkowych jądrach zawartych w mózgu i rdzeniu mamy wiadomości dość skąpe. Z dwóch zasadniczych grup, wyróżnionych w u. n. w., t. j. grupy sympatycznej i parasympatycznej pierwsza umiejscowioną jest w rdzeniu od wysokości pierwszego kręgu piersiowego do czwartego lędźwiowego w t. zw. *tractus intermedio-lateralis* jako zwarta całość, druga rozbita jest na dwie części pozbawione łączności t. j. *bulbotektalną* w mózgu i rdzeniu przedłużonym i *krzyżową* w rdzeniu krzyżowym. Bliżej poznane są dopiero drogi odśrodkowe obwodowe. Cechy ich charakterystyczne są po części histologiczne, po części fizjologiczne. Do pierwszych należy włączenie w przebieg typowych komórek nerwowych skupionych w mniejsze lub większe *ganglia* obwodowe. Stąd przebieg obwodowy nerwów wegetatywnych dzieli się na *pra- i postganglionarny*. Włókna pierwsze są białe czyli rdzenne *(ramus communicans albus)*, drugie są naogół szare czyli bezrdzenne *(ramus communicans griseus)*. Ganglia czyli zwoje sympatyczne są naogół symetrycznie obok kręgów zgrupowane jako sznury sympatyczne *(trunci sympatici)* analogiczny zespół parasympatyczny jest narazie jeszcze raczej domysłem niż udowodnionym. Zwoje, które do całości tej w myśl zwartości układu pragniemy zaliczyć są po części porozrzucane na dalekim obwodzie ustroju w sąsiedztwie lub wewnątrz najrozmaitszych narządów, jak serce, naczynia krwionośne, przełyk, żołądek i jelita, ślinianki i t. d., po części wcale nie wykryte. Zaznaczyć tu należy, że znaczna część tego rodzaju zwojów obwodowych t. zw. interparjetalnych t. j. położonych wśródnarządowo należy do grupy zupełnie samodzielnej pozbawionej wszelkiego związku anatomiczngo i fizjologicznego z układem somatycznym i wegetatywnym.

Do cech fizjologicznych układu nerwowego wegetatywnego należy znacznie mniejsza pobudliwość elektryczna jakoteż mniejsza szybkość przewodnictwa niż w nerwach somatycznych.

Skoro obie wspomniane grupy mózgo-rdzeniowych ośrodków układu nerwowego wegetatywnego nie kolidują z sobą topograficznie a nawet uderzająco się uzupełniają, bo jedna umiejscowiona jest *bulbo-tektalnie* i *sakralnie* a druga *dorso-lumbalnie*, narzuca się logiczny wniosek, by traktować obie te grupy jako jedną całość. Istotnie też ostatnie prądy w nauce o układzie nerwowym wegetatywnym skłaniają się coraz bardziej do takich poglądów kulminujących w klinicznem pojęciu amfotonji. Tymczasem jednak przeważają jeszcze poglądy zapoczątkowane w roku 1910, przez Eppingera i Hessa oparte na przeciwstawnem traktowaniu grupy sympatycznej i parasympatycznej. Przeciwstawienie to nastąpiło pod kątem widzenia pewnych charakterystycznych odczynów farmakodynamicznych: jedna z nich ulega podrażnieniu zapomocą adrenaliny, a porażeniu, chociaż mniej typowemu, zapomocą szeregu składników jak ergotoksyna, cholina, druga parasympatyczna ulega podrażnieniu zapomocą pilokarpiny i pokrewnych, a bardzo typowemu i doskonałemu porażeniu zapomocą atropiny. Otóż okazało się, że pomiędzy działaniami fizjologicznemi grupy nerwowej jednej i drugiej istnieje daleko idący antagonizm. Przetwory

chemiczne i fizjologiczne mające powinowactwo do grupy pierwszej nazwano sympatykotropijnemi, a przy działaniu pobudzającym sympatykotonicznemi, przetwory przeciwne nazwano parasympatykotropijnemi względnie tonicznemi. Stan wzmożonej pobudliwości grupy pierwszej nazwano sympatykotonją, zaś grupy drugiej parasympatykotonją. Zamiast miana parasympatykotonji ustaliło się także określnie wagotonji. E p p i n g e r i H e s s usiłowali również wykazać, że istnieją dwa różne typy osobnicze o wzmożonej odnośnej pobudliwości i określili typy te jako typy wago- i sympatykotoników. Mimo silnego jak już wspomniałem zachwiania w ostatnich czasach pojęcia tego antagonizmu, opartego na niezupełnie ścisłych danych farmakologicznych, to przecież badaniom opartym na tych założeniach zawdzięczamy rozświetlenie i ustalenie całego szeregu ciemnych lub nieuwzględnianych dawniej spraw fizjologji i patologji u. n. wegetatywnego. Wedle tych założeń przypisujemy grupie sympatycznej skurcz naczyń, przyśpieszenie czynności serca, wstrzymanie ruchu robaczkowego jelit, rozszerzenie źrenic, oskrzeli, zaś grupie drugiej działania we wszystkich tych kierunkach wręcz przeciwne. Skurcz mięśni gładkich skórnych i czynność gruczołów potnych przypada wyłącznie grupie sympatycznej. Czynność wydzielania gruczołów śluzowych i ślinianek podlega obu grupom, choć w różnym stopniu, a głównie parasympatycznej. Działanie tonizujące w stosunku do mięśni prążkowanych i rola neurotroficzna u. n. wegetatywnego są jeszcze sporne.

Jak z przeglądu tych czynności widać odbywają się one wszystkie *„w wewnętrznem środowisku"* organizmu i są naogół od woli naszej niezależne. Ten fakt skłonił L a n g l e y'a, głównego twórcy podstaw nauki o u. n. wegetatywnym do określenia go mianem samoczynnego czyli autonomicznego. W cały szereg innych terminologji tutaj nie wchodzę.

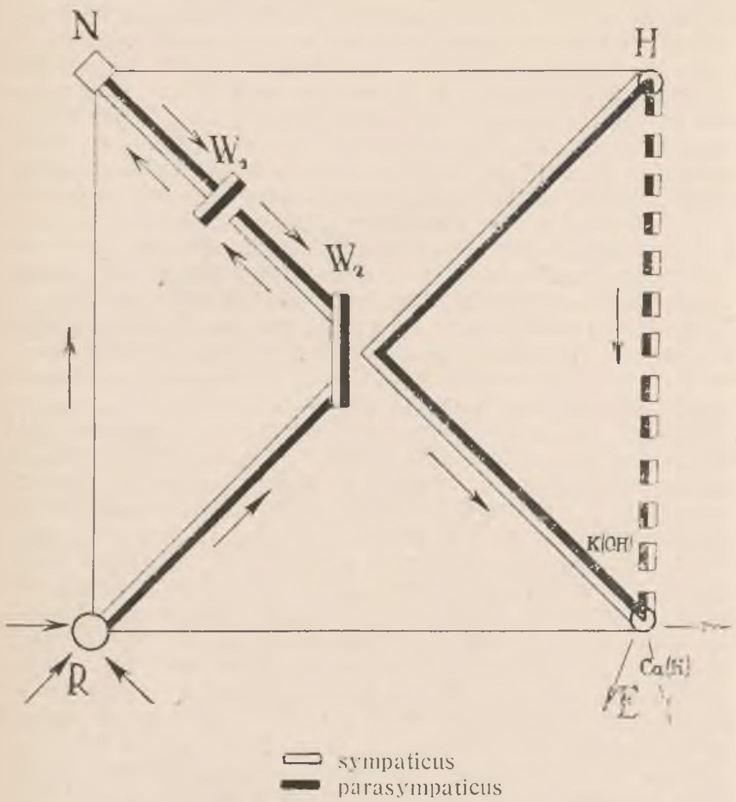
Teraz kilka słów o unerwieniu wegetatywnem okolic będących przedmiotem niniejszych wywodów. Rozpatrzę osobne drogi sympatyczne i parasympatyczne. Odnośne ośrodki sympatyczne umiejscowione są w górnej połowie rdzenia piersiowego. Włókna praeganglionarne zdążają do sznura sympatycznego mniej więcej od zwoju gwiaździstego rozbieżnie wgórę aż ku zwojowi szyjnemu górnemu. Włókna pozwojowe opuszczające tą część sznura współczulnego przyłączają się rychło do dróg naczyniowych i jako sploty kołonaczyniowe np. koło tętnicy szyjnej odgałęziają się stopniowo do punktów unerwienia. W ten sposób zostaje zaopatrzona śluzówka i układ naczyniowy dróg oddechowych począwszy od nosa i ciał jamistych na muszlach aż po pęcherzyki płucne i począwszy od jamy ustnej i gardlanej wraz z uchem środkowem aż do przełyku. O ośrodkach parawspółczulnych bulbo-tektalnych już wspominałem. Od nich odchodzą włókna parawspółczulne przedzwojowe. Przebieg ich znacznie dłuższy i niezmiernie zawiły jest tylko po części dokładnie poznany. I tak z *„nucleus salivatorius superior"* umiejscowionego w sąsiedztwie ośrodka nerwu twarzowego biegną włókna w obrębie tegoż nerwu *(n. intermedius)*. C z ę ś ć i c h opuszcza tę drogę w okolicy *ganglion geniculi*, nie wchodząc z niem w styczność i uchodzi do *ganglion sphenopalatinum* jako zwoju parawspółczulnego. Stąd zdążają włókna pozwojowe wydzielnicze i rozszerzające naczynia do śluzówki nosa, jamy ustnej wraz z dziąsłami i wargą górną, do gardła jakoteż do gruczołów łzowych. Druga część opuszcza nerw twarzowy jako *chorda tympani*, przyłącza się do *n. lingualis z trigeminus*, a opuszczając go ponownie, uchodzi do zwojów parawspółczulnych podjęzykowego i podszczękowego, umieszczonych w śliniankach tejże nazwy. Stąd wychodzą włókna pozwojowe wydzielnicze i wasodylatacyjne do tychże ślinianek. Z *nucleus salivatorius inferior* idą włókna do *glossopharyngeus*, oddzielają się od niego, potem jako *nervus i plexus tympanicus i n. petrosus superficialis minor* docierają do parawspółczulnego *ganglion oticum*. Stąd idą włókna pozwojowe wydzielnicze na drogach *n. auriculo - temp.* do ślinianki przyusznej. Co do dalszych dróg parawspółczulnych zaznaczymy ogólnikowo, że przebiegają w obrębie *vagus i accesorius* do gardła, krtani *(laryngeus sup. i inf.)*, tchawicy, oskrzeli i przełyku. Odnośne zwoje parawspółczulne jakoteż przebieg pozwojowy przeważnie nie są na pewno stwierdzone. Dla zapoznania się ze zjawiskami wegetatywnemi otorinolaryngolgogicznemi — szczególnie w dziedzinie nerwic odruchowych — niezbędną jest znajomość w s z y s t k i c h dróg wegetatywnych.

Z rozszerzenia wszakże zakresu rozważań anatomicznych w ramach wywodów wypada się zrzeknąć. Niepodobna tego natomiast uczynić w stosunku do całego szeregu innych czynników. Dotknę ich tylko w najogólniejszy sposób. Dadzą się tu wyodrębnić schematycznie cztery czynniki. Jednym z nich to tkanka względnie komórka będąca podłożem uzewnętrznienia się zjawisk klinicznych. Nazwijmy go wedle terminologji K u t t n e r a dla łuków odruchowych „effektorem". Wyobrażamy sobie przytem, że czynnik ten jest punktem końcowym ośrodkowym łuku odruchowego. Trzema pozostałymi czynnikami są układ hormonalny, ośrodkowy system nerwowy z wyłączeniem czynników psychicznych i grupa trzecia, którą w znaczeniu bardzo ogólnym można określić mianem „receptora". Droga od receptora do effektora poprzez układ wegetatywny jest najprostszym schematem łuku odruchowego wegetatywnego, przyczem oba te punkty skrajne mogą znajdować się w organiźmie gdziekolwiek jakoteż dowolnie blisko lub daleko od siebie. Największa blizkość zachodzi np. w razie zblednięcia śluzówki nosa po miejscowem zadziałaniu czynnika mechanicznego lub chemicznego. Wypadek przeciwny ma miejsce np. w razie dychawicy odruchowej pochodzenia narządów rodnych lub odwrotnie zaburzeń w tychże narządach na skutek zmiany w nosie. Najczęstszym umiejscowieniem receptora jest śluzówka dróg pokarmowych i oddechowych, zwłaszcza górnych. Ten ostatni szczegół nadaje szczególne znaczenie górnym drogom oddechowym w zjawiskach klinicznych pochodzenia wegetatywnego. Receptor jest punktem zetknięcia się czynnika uczulającego, który nazwijmy najogólniej allergenem, z początkiem układu wegetatywnego, wzgl. punktem zderzenia się czynnika tego z przeciwciałem. Skutki zderzenia promieniują od receptora do effektora i są tem silniejsze, im większą jest chwiejość równowagi czyli układu wegetatywnego, ów podstawowy czynnik wszystkich naszych rozważań zwany także w terminologji najnowszej amiotonją. W ten sposób dochodzimy do ogólnego określenia zasadniczych pojęć allergji, idiosykrazji, anafilaksji, uczulenia i odczulenia. Równorzędne wszakże znaczenie przy zjawiskach niezborności ma 1) chorobowa wrażliwość układu nerwowego ośrodkowego, wysuwająca się niejednokrotnie w patogenezie na plan pierwszy, 2) zespól przemian biochemicznych wśródkomórkowych t. j. w effektorze, co do których wspomnę tylko o zaburzeniach w równowadze elektrolitów 1) i 2) wartościowych z potasem i wapniem na czele, w gospodarce lipoidów i zjawiskach koloidalnych, wreszcie 3) zespół czynników hormonalnych, gdzie należy mieć na uwadze antagonizm i synergizm poszczególnych grup pohormonalnych wedle pomysłu H e s s a i E p p i n g e r a. Z jednej strony mamy tutaj grupę przeważająco sympatykotoniczną układu chromochłonnego tarczycy i przedniej przysadki, z drugiej przeważająco wagotoniczną trzustki, grasicy, przytarczycy, jajnika. Są to oczywiście tylko grube schematy. Przy uwzględnieniu wszystkich tych czynników możemy się zgodzić na wyobrażenie typu człowieka, jak mówi S t ö w s a n d, wegetatywnie napiętnowanego *(„vegetativ stigmatisiert")*, którego charakterystyką jest skłonność do produkowania patologicznych zjawisk o wybitnej dysproporcji między czynnikiem wywołującym a całokształtem zjawisk wywołanych. W tym duchu też wypełniają się nową treścią pożyteczne bardzo dla naszych rozważań pojęcia skazy, nad którą nie mogę się zatrzymać, i konstytucji pojętej czy to jako niezmienny genotyp czy też jako zmienny przez nabytki exogeniczne fenotyp. Stosunki te objaśnia graficznie załączony mój schemat korelacji u. n .„wegetatywnego.

Jako główną korzyść rozważań nad układem wegetatywnym i jego korelacjami należy uważać przewarstwowienie naszej wiedzy i ujęcie zjawisk klinicznych w sposób mniej lokalny i bardziej wnikający w ich istotę, przyczem mimo licznych nasuwających się tutaj a przeważnie jeszcze nie wyjaśnionych zagadnień, *u. n. w. znajduje się w punkcie centralnym ujęcia zjawiska klinicznego*, a około punktu tego grupują się receptor, u. n. centralny i u. hormonalny z jednej, a wrażliwa komórka czyli effektor z drugiej strony.

Po naszkicowaniu ogólnego tła omawianych zjawisk przejdę do przytoczenia kilku przykładów z dziedziny otorinolaryngologicznej, objaśniających powyżej wygłoszone założenie. Zacznę od dychawicy oskrzelowej. Cierpienie to sklasyfikować musimy jako nerwicę odruchową o typie przeważająco wagotonicznym, w której u. n. wegetatywny jest pośrednikiem, oskrzela odgrywają rolę effektora a umiejscowienie receptora bywa najrozmaitsze. Czynniki wewnątrz-komórkowe w effektorze i wogóle w ustroju, o których już mówiliśmy, następnie czynnik pobudliwości układu nerwowego ośrodkowego i czynnik gruczołów wkrewnych mają tu znaczenie uboczne: wzmacniające lub hamujące. W niektórych wszakże wypadkach układ nerwowy ośrodkowy wysuwa się na czoło i czyni wrażenie samoistnego receptora. Uwzględniając jednak niesłychane trudności przeciwstawiające się nieraz odszukaniu właściwej *causa nocens*, najczęściej będzie on tylko pozornym receptorem. Wedle K u t t n e r a w niektórych wypadkach dychawicy hipoteza niezborności u. n. wegetatywnego jest wogóle zbyteczna. Jako przykład przytacza dychawicę mocznicową i na skutek histaminy. Dychawicę przy niezborności klasyfikują najrozmaiciej np. po pierwsze na grupę idiosynkrazyjno-allergiczno-anafilaktyczną, po drugie neurotyczną i po trzecie psychoneurotyczną.

Szemat korelacji
układu nerwowego wegetatywnego.



sympaticus
parasympaticus

R — Receptor E — Effector
W_1 — ośrodki wegetatywne W_2 — zwoje obwodowe wegetatywne
N — centralny układ nerwowy somatyczny H — Układ hormonalny
R - W_2 - E — łuk odruchowy wegetatywny

Nas zajmuje tutaj głównie rola śluzówki nosa jako receptora. Wchodzą tu w rachubę wrażenia delikatne ledwie uświadomione, często podświadomie. Powód do nich daja blizny, zrosty, nieregularności budowy przegrody, powodujące czasowe zetknięcie się z śluzówką przeciwległą, malutkie polipy w przestworze środkowym, niekiedy przelotne obrzmienia śluzówki a zwłaszcza ciał jamistych na muszlach. Lecz już przy tej ostatniej przyczynie musimy myśleć o zewnętrznych drażnikach powodujących te właśnie obrzmienia t. j .o czynnikach z grupy idiosynkrazyjno-allergiczno-anafilaktycznej, a gdy do obrzmień tych dołączają się silniejsze odczyny miejscowe, musimy już mówić niezależnie od zespołu objawowego dychawicy o innej formie klinicznej t. j. o *rhinitis vasomotorica*. Niezależnie od umiejscowienia receptora np. przy umiejscowieniu tegoż w przewodzie pokarmowym lub narządzie rodnym spostrzegamy przed napadem astmy rodzaj aury nosowej. Chorzy podają uczucie cliwienia, kłócia, zatkania w nosie, omamy węchowe. Inne zjawiska jak ataki kichania, wzmożona wydzielina wskazują już w kierunku *rhinitis vasomotorica* .

Pewne światło na sprawę odruchów naczyniowoiuchowych śluzówki nosa rzuca ciekawy zbiór badań Sternberga. Wykazały one w nosie skurcz naczyń na skutek łoskotu, bólu, silnego podrażnienia *ganglion sphenopalatinum*, zimnej próby kalorycznej błędnika, zastrzyku wśródżylnego adrenaliny, chloralhydratu i t. d., rozkurcz naczyń przy podrażnieniach słabych *g. sphenopalatinum*, próbie kalorycznej ciepłej, podrażnieniu krtani, zastrzyku histaminy, koffeiny, amylnitrytu, kokainy i niektórych narkotyków.

Pokrewną dychawicy pochodzenia nosowego jest wagotoniczny zespół *rhinitis vasomotorica*. Na pozór podobna do nieżytu ostrego nosa w rzeczywistości jest zjawiskiem zupełnie od niego różnem i polega na nadwrażliwości wegetatywnej przy umiejscowieniu effektora w nosie. Z receptorami rzecz ma się podobnie jak przy dychawicy. Różnice w stosunku do niej wynikają właściwie jedynie z natury różnego umiejscowienia effektorów. Podczas gdy w oskrzelikach działanie wagotoniczne wyraża się głównie dusznością wydechową i kaszlem, to analogiczne działanie w ramach fizjologji jamy nosowej objawia się w occluzji nosa, kichaniu i silnym śluzotoku *(hydrorrhoea nasalis)* i t. d. Gdy w *rh. vasomot.* podrażnienie umiejscowione jest w samym nosie, mamy do czynienia z łukiem odruchowym jaknajkrótszym, z rodzajem krótkiego spięcia. W innych razach przyczyna bezpośrednia czyli receptor znajduje się w sferze psychicznej, narządach rodnych, żołądku, jelitach i t. d. Skala czynników pobudzających jest tu bardzo szeroka i dla samego zespołu klinicznego jest rodzaj czynnika tego drugorzędnym, chociaż dla samego leczenia przyczynowego może najważniejszym. Wchodzą tu w rachubę te same czynniki co w dychawicy. Do oceny różnorodności tej skali ciekawym przyczynkiem są przypadki czerwiwności opisane przez H. Goetza i przez Grulewskiego, która wywoływała typową dychawicę lub *rh. vasomot.*, wyleczoną bezpowrotnie po usunięciu pasorzytów. Przy tem pozostaje kwestją otwartą czy przyczyną napadów są tutaj ruchy pasorzytów jak chcą jedni, czy też wydzielanie przez nie uczulających drażników jak chcą drudzy. Dość częstym czynnikiem wyzwalającym napad *rh. v.* są częściowe zmiany ciepłoty i innych czynników atmosferycznych na powierzchni ciała. Niewątpliwie wegetatywno-odruchowy charakter tych podrażnień nadaje swoistą cechę pospolitemu pojęciu przeziębień, przeciągów i t. d. Przy tak wielkiej wielostronności i różnorodności receptorów *rh. v.* można przyznać słuszność Biedlowi, który mówi o nerwowym związku śluzówki nosa z całym układem wegetatywnym.

Klasycznie wykształconym typem odmiany idiosynkrazyjnoallergicznej *rh. v.* jest nieżyt nosa sienny czyli gorączka sienna. Tutaj nietylko śluzówka nosa ale wszystkie drogi oddechowe często spojówka oczu, zewnętrzny przewód uszny i kanał pokarmowy są przedmiotem ataku allergicznego czynnika pyłków roślinnych lub innych podobnych drażników jak również miejscem odczynu effektorów, w których wyładowuje się cały zespół groźnych objawów. W daleko posuniętych przypadkach dochodzi do coraz większego zasięgu objawów odruchowych, stwarzających obraz ciężkiego schorzenia z gorączką. W wypadkach łagodniejszych zespół objawowy ogranicza się do górnych dróg oddechowych, w najłagodniejszych do samego nosa i te właśnie przypadki stanowią naturalny pomost do zespołu rh. v. Również połączenie z dychawicą oskrzelową jest wcale nierzadkie. Wszystkie trzy omówione jednostki kliniczne charakteryzują się z eozynofilją, obniżonem zwierciadłem jonów dwuwartościowych w szczególności wapnia, korzystnem oddziaływaniem na antywagotoniczną atropinę i sympatykotoniczną adrenalinę.

Łączność etjologiczną z omówionymi zespołami posiadają wkraczające już w całkiem inne dziedziny specjalistyczne obrzęki napadowe angioneurotyczne Quinckego i pokrzywka. Jednostki te nabierają wagi dla górnych dróg oddechowych w razie umiejscowienia w gardle lub krtani. Etjologja ich jest przeważnie w ścisłem znaczeniu allergiczna a najczęstszym punktem zaczepienia allergenu jest przewód pokarmowy i organ kobiecy. O. Mayer określa chorobę Quinckego jako zatrucie obok wagotonji. Bolton jako sympatykohypotonję. Stämler i Panowsky wskazują na związek z czynnością tarczycy. Z tym poglądem harmonizuje pogląd E. Rosenbauma na pokrewną gorączkę sienną, w której autor ten dopatruje się ścisłego związku z chorobą Basedowa jakkolwiek J. Wright związkowi temu przeczy.

Istotnie w poglądach Stämlera i Rosenbauma z których w myśl naszych wiadomości o czynności tarczycy wynikałby sympatykotoniczny charakter choroby siennej tkwi pewna sprzeczność zarówno z całokształtem omawianej grupy zespołów jakoteż ze skutkiem leczniczym przetworów antywagotonicznych a nawet sympatykotonicznych. Niemniej jednak można i innych jeszcze wymienić autorów jak Rogowicz i Kohnstein, którzy wyrażają opinję podobną jak Stämler i Rosenbaum. Wreszcie wypada podać spostrzeżenia Königa i Słobodnika wskazujące na wielkie znaczenie czynnika czysto psychicznego zarówno w powstawaniu jak i w terapji choroby Quinckego. Obraz ten roztoczyłem rozmyślnie, ażeby wskazać jak dalecy jeszcze jesteśmy od ostatecznego wykrystalizowania się poglądów.

Na zakończenie tego działu wspomnę o pracach Jacobiego, Thosta, Stöhra i Josepha, którzy widzą w chorobie Quinckego tylko wzmożoną i głębszą odmianę pokrzywki. Od obu tych zespołów zdają się prowadzić przejścia do wyprysków na tle skazy wysiękowej i innych chorób skórnych cechujących się równie jak tamte eozynofilją i obniżeniem jonów wapniowych.

Obok omówionej grupy napadowych cierpień wagotonicznych zaciekawia w rinolaryngologji inna analogiczna grupa sympatykotoniczna. Muck podał dla niej patognomiczny odruch nosowy będący w pewnej mierze zjawiskiem odwrotnem do wagotonicznej kongestji ciał jamistych nosa. Próba polega na tem, że na zanemizowanej adrenaliną śluzówce wywołuje dotknięcie zgłębnikiem dalsze zblednięcie zespołu.

Do tej sympatykotonicznej grupy należą pewne odmiany zespołu Meniera i migreny na tle skurczu naczyń błędnikowych względnie mózgowych. I tutaj umiejscowienie receptora bywa najrozmaitsze, najczęstsze jednak w sferze psychicznej i w przewodzie pokarmowym, w tym ostatnim przypadku w postaci zatrucia.

Ciekawym przyczynkiem z tej dziedziny są doświadczenia Roccavalli, Podesty, Demetriadesa i Spiegla, wykazujące na króliku między labiryntem a przewodem pokarmowym w obu kierunkach odruchy naczyniowe za pośrednictwem nerwu współczulnego. Tu również należy wymienić zniknięcie odruchu usznego Preyera po przecięciu włókien współczulnych w doświadczeniach Demetriadesa.

Przechodzimy teraz do zespołów otorhinologicznych związanych z konstytucją. Oryginalnie łączy sprawę konstytucji z układem nerwowym wegetatywnym Kutepow z kliniki Wojaczka w Leningradzie. Konstytucja neuropatyczna a w tem i wegetatywna jest tu postawiona na równi z szeregiem innych typów kostytucjonalnych jak limfatyczny, asteniczny, krwawcowy i inne, a każdy z nich cechuje się własną formułką morfologiczną krwi. Tu też znajduje pomieszczenie eozynofilja, właściwa stanom wagotonicznym. Kutepow wykazuje statystycznie u osobników z konstytucją wegetatywną z jednej strony znacznie zwiększoną zapadalność na *otitis media* i jej powikłania a z drugiej bardzo wielki odsetek schorzeń na *rhinitis atrophicans. R. at.* jest tu więc niejako stygmatem *miejscowej skazy wegetatywnej* odgrywającej również większą rolę w nowszej nauce o u. n. wegetatywnym. W harmonji z takim poglądem są zapatrywania Spiessa, na *rh. atr.* W suchości śluzówki cechującej tę chorobę dopatruje się autor jakgdyby miejscowej hipotonji parasympatycznej, której następstwem jest odciągnięcie wody z tkanek i hiposekrecja podobnie zresztą jak po zadziałaniu antywagotonicznej atropiny. Z czasem miałaby suchość przechodzić w atrofję. Zgodnie z tą hypotezą, grzeszącą coprawda pewnym nadmiarem spekulatywności, dochodzi autor do terapeutycznych wskazań stosowania w tem cierpieniu insuliny której znane skądinąd działanie wagotoniczne i przyciągające wodę ma prowadzić do przywrócenia równowagi endokrynologicznej i wegetatywnej. Jeżeli mamy oprzeć się na przytaczanych danych statystycznych wybitnego klinicysty to korzystne wyniki lecznicze przemawiają na korzyść pomysłu Spiessa. Zgodną z tym pomysłem byłaby w każdym razie stwierdzona skądinąd koincydencja zanikowego nieżytu nosa z cukrzycą. Z czysto wegetatywnego punktu widzenia ocenia rh. atr. względnie ozenę szkoła francuska. Reverchon i Worms powołują się na powstanie jednostronnego cuchnącego nieżytu po zranieniu odłamkiem kostnym *ganglion sphenopalatinum* tejże samej strony. Schatz natomiast zwalcza argumenty tych autorów. Halphen i Schulmann stwierdzają częste występowanie cuchnącego nieżytu z innemi schorzeniami układu wegetatywnego. Reinus z Rostowa w publikacji w roku 1929, analizuje cuchnący nieżyt przy pomocy próby atropinowej ortostatycznej Danielopolu i Carnieola i wykazuje w przeważającej ilości cuchnących nieżytów amphohypotonję z przewagą jednak wagohypotonji.

Wyniki te pokrywają się z sympatykotonicznym poglądem Spiessa. Fleischmann pojmuje cuchnący nieżyt jako cierpienie dziedziczno - konstytucjonalne z charakterystycznym niedoborem lipoidów, a w szczególności cholestryny i wiąże te zaburzenia równowagi biochemicznej ze sprawami endokrynologicznie-wegetatywnemi. W związku z tym zespołem pozostawałby cały typ czaszki *(Ozaenaschädel)* i nosa, a ostateczny obraz cuchnącego nieżytu miałby być w związku z wykazaną doświadczalnie obniżoną odpornością lokalną śluzówki na zakażenia wskutek niedoboru lipoidów. Zaznaczmy dla ścisłości, że istnieje także inny obóz autorów, którzy jak np. Birkholz wprowadzają cuchnący nieżyt w związek z wagotonją. Pomijam tu oczywiście szereg innych poglądów na cuchnący nieżyt jak np. bakterjologiczny, które mijają się z naszym tematem.

Wreszcie kilka słów o otosklerozie, tej zagadkowej dotąd jednostce chorobowej, którą W. Albrecht, Bauer i K. Stein zaliczają do wielkiej grupy schorzeń narządu usznego na tle dziedziczne-degeneratywnem. Leicher zwraca główną uwagę na obniżenie zwierciadła wapna w tem cierpieniu i uważa ten objaw jako następstwo zaburzeń endokrynologiczno - wegetatywnych, stwierdza korzystne działanie lecznicze przetworów sympatykotonicznych, podwyższających zwierciadło wapnia. Pośrednio działają podobnie środki zmniejszające zasadowość jak chlorek i fosforan amonu. Orzechowski i Frey określają otosklerozę jako niedomogę przytarczycy i utajoną tetanję, Muck, analizując zaostrzenia otosklerozy w ciąży dochodzi na podstawie swego odczynu nosowego do wniosku, że ciąża na drodze hormonalno-wegetatywnej powoduje miejscową sympatykotonję w głowie, która prowadzi do zaostrzenia objawów usznych.

Pobieżny ten i niewyczerpujący bynajmniej przegląd wykazuje jak pod kątem widzenia wegetatywnym znikają odległości między najdalszymi zakątkami organizmu i upadają częstokroć mury wzniesione między poszczególnemi specjalnościami. Odmienne ujęcie znanych od dawna zjawisk klinicznych i jednostek chorobowych wprowadza lekarza praktyka na równi ze specjalistą z zacisznych odnóg leczenia objawowego i miejscowego na szeroki i wartki nurt bardziej uzasadnionego leczenia opartego na wielkich prawach biologji. Strona lecznicza nie wchodzi w zakres dzisiejszego referatu.

Ogarniając wszakże wzrokiem całokształt środków i metod leczniczych, ważnych pośrednio lub bezpośrednio pod kątem widzenia u. n. wegetatywnego, widzimy tu lecznictwo drażnikowe wraz z proteinoterapją i całą profilaktyką allergiczną, lecznictwo odczulające, lecznictwo hormonalne i chemoterapję wago- i sympatyko — wzgl. amfitropijną wraz z działem jej, opartym na koncepcji o równowadze jonów (z wapniem na czele), doniosłą psychoterapję wreszcie cały dział stymulującej i kojącej fizjo-, klimato- i balneoterapji, zmierzającej do „przestrojenia" jego niezborności wegetatywnej nadwerężonej chorobą, przeżyciami lub warunkami środowiska.

Wszystkie te dziedziny lecznicze stawiają zarówno specjalistę jak i lekarza praktyka — a najczęściej obu równocześnie — przed szeregiem nowych i wdzięcznych zadań.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kolomyja.

O wskazaniach operacyj ostrego zapalenia wyrostka ślepej kiszki.

Powyższy temat omawiano wielokrotnie w literaturze od chwili, gdy operacja zapalenia wyrostka zyskała prawo bytu i stała się jedną z najpiękniejszych zdobyczy nowoczesnej chirurgji. Jakkolwiek literaturą wyrostka możnaby dzisiaj wypełnić potężną bibljotekę, to jednak wiele zagadnień nie straciło swej aktualności i mnożą się artykuły w prasie zagranicznej poruszające te zagadnienia, z których wysuwa się na pierwszy plan sprawa wskazań operacyjnych. Zdawać mogłoby się, iż olbrzymie doświadczenie klinik i chirurgów, zbiorowe opracowania setek tysięcy przypadków powinne były doprowadzić już do pewników, które należałoby ogólnie przyjąć, tymczasem dysputa trwa nadal a poglądy różnią się nieraz djametralnie. Najbardziej aktualną jest jak wspomniałem sprawa wskazań operacyjnych ostrego zapalenia wyrostka a zwłaszcza t. zw. operacji wczesnej, ona też wykazuje najwięcej różnic zdań poszczególnych autorów, różnice te polegają na braku uzgodnienia terminu wykonania operacji wczesnej, przyczem utarło się obliczanie tego terminu ilością godzin lub dni od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby. Pozwolę sobie streścić mój osobisty pogląd na powyższe zagadnienie oparty na własnem doświadczeniu.

Przedewszystkiem wydaje mi się zupełnie niesłusznem i niewłaściwem posługiwanie się wskaźnikiem czasu dla oceny tak różnorodnego zjawiska patologji jak ostre zapalenie wyrostka; wtłaczanie go w ramy szablonu mierzonego dniami lub godzinami jest czemś zupełnie dowolnem a też zupełnie niezgodnem ani z tem co nas uczy na każdym kroku praktyka codzienna, ani też z jakiminolwiek na ten temat dociekaniami teoretycznemi. Zjawiska biologji normalnej wykazują często ścisłą okresowość swego występowania, przebieg zmian chorobowych oznacza się tem, że jest tak bardzo zależny od dwu czynników zupełnie różnorodnych t. j. od czynnika wywołującego chorobę i od zaatakowanego przez nią organizmu. Stosunek tych wspomnianych czynników daje nam kompleks objawów chorobowych, których tak częstą cechą jest nieregularność ich przebiegu. Właśnie ta nieregularność jest może jedną z bardzo charakterystycznych cech zapalenia wyrostka.

Tylekroć widziałem i operowałem przypadki ostrego zapalenia wyrostka w trzy godziny po wystąpieniu pierwszych objawów, a była już martwica i pęknięcie ścian wyrostka a w miejscu spodziewanego wczesnego wysięku była ciecz ropna w całej jamie brzusznej. Z drugiej strony często wyjęty wyrostek w piątym dniu choroby wykazuje obraz ledwie poczynającej się ropowicy jego ścianek. Także ta, że tak powiem nieobliczalna zagadkowość znaduje swój wyraz w tem, że nawet najdokładniejsze badania kliniczne zawodzą nas dość często jeżeli chcemy na ich podstawie ocenić zmiany miejscowe zapalonego wyrostka i jego okolicy. Każdy spotykał się z tem, że otwieramy jamę brzuszną przy kompleksie wybitnych objawów, jak ze szkolnego podręcznika (defense, wymioty, wysokie tętno, wybitna bolesność typowych punktów), tymczasem wyjęty wyrostek wygląda dosyć niewinnie, a dopiero drobnowidzowe badanie i pomyślny efekt zabiegu potwierdzają słuszność wskazania operacyjnego. Z drugiej strony znowu często wybitne zmiany jak ropowica połączona nawet

z martwicą wyrostka i pęknięciem są niewspółmierne ze stosunkowo małemi groźnemi objawami klinicznemi. Jeżeli zaś weźmiemy jako miarę dla oceny stanu miejscowego czas trwania choroby, to spotykamy się jak już wspomniałem jeszcze z większemi niespodziankami, tak iż wszelkie wnioski oparte na podstawie czasu trwania choroby są właściwie prawie że bezpodstawne.

Zdobycie biegłości w sztuce lekarskiej jest właśnie może dlatego tak trudne, że niema w niej szablonu, to też kierunek działania i metody lecznicze są wtedy szczęśliwie wybrane, jeżeli ich wybór polega na dużem doświadczeniu osobistem i na jak najszerzej pojętej indywidualizacji zjawisk. Ujęcie objawów chorobowych i wskazań leczniczych w pewne ogólne przepisy jest konieczne w podręcznikach inaczej nauka byłaby niezmiernie utrudnioną. Może jednak w żadnej dziedzinie nie wynikło tyle szkody, jak właśnie z powodu zakorzenienia się w podręcznikach zbyt silnie podkreślonej możliwości stawiania wskazania operacyjnego ostrego zapalenia wyrostka, na podstawie obliczenia godzin i dni od chwili wystąpienia pierwszych objawów zapalenia. Młodzi lekarze nie mają osobistego doświadczenia, a też nawet często pozatem doświadczeni lecz nie chirurdzy są pozbawieni tak ważnego czynnika, jak możność kontrolowania słuszności rozpoznania drogą otwarcia jamy brzusznej, co jest przecież najważniejszem dla zdobycia osobistego doświadczenia oraz sposobnością nauczenia się słusznej oceny istotnego stanu rzeczy.

To też zbyt często doświadczenie zastępuje się tak zresztą chwiejnemi pojęciami t. zw. wczesnej operacji i jej przeciwwskazaniami, które oblicza się godzinami lub dniami. W skutku tego widzimy nieraz, że wyrostek który mógłby być już dawno poza jamą brzuszną leczy się „wewnętrznie" i zachowawczo, bez żadnego innego powodu, a tylko dlatego, że od chwili pierwszych objawów choroby do zawołania lekarza upłynęło 12, 24 czy też 48 godzin. Gorzej jest jeszcze, jeżeli operacji którąby mogła uratować życie ludzkie, nie wykonano tylko dla tej 48 godzinnej czy to innej dowolnej granicy. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że i dla pewnej ilości zapaleń wyrostka możnaby ustalić jakiś wspólny typ przebiegu choroby, z drugiej jednak strony to schorzenie ma przebieg ten często tak zagadkowy i różnorodny. Różnorodność ta jest zależną od splotu takich czynników, jak zmienne położenie topograficzne wyrostka u tego samego osobnika, natężenia siły zakażenia wywołującego chorobę. Niekiedy jest bardzo ważnem czy zapalenie wybuchło poraz pierwszy, czy też nawrót zaatakował wyrostek już poprzednio wybitnie zmieniony atakiem poprzednim, a ileż to razy atak pierwszy bywa nierozpoznany i przebrzmiewa pod inną nazwą jak niedyspozycja żołądka i t. p.

Zasada im wcześniej tem lepiej jest dzisiaj bezsprzecznie przyjętą, chodziłoby o ustalenie tej granicy czasu do której powinno się, do której można, a poza którą nie wolno chwytać za nóż.

Moje osobiste mniemanie jest, że taka granica nie da się wogóle ustalić, wszelkie dociekania na ten temat są tylko bezowocną stratą czasu i że raczej należy zwalczać zbyt rozpowszechnione pod tym względem przesądy.

Operowałem osobiście 156 przypadków z powodu ostrego zapalenia wyrostka, 170 z powodu przewlekłego zapalenia, jednak moje osobiste doświadczenie jest znacznie większe, gdyż w okresie dwuletnim, w którym to zajmywałem stanowisko I asystenta Oddziału chirurgicznego Miejsk. Szpit. w Poznaniu (około 150 łóżek), operowali pod mojem kierownictwem 4 młodsi asystenci.

Z moich własnych pacjentów operowanych z powodu ostrego zapalenia zmarło 10-ciu (przewlekłego żaden), z tego w pięciu przypadkach chodziło o stany spóźnione o prawie beznadziejnem rokowaniu, operacje wykonane były więcej jako rozpaczliwe próby ratowania życia na prośby rodziny.

5 wspomnianych przypadków można właściwie wyłączyć z koła dociekań nad wynikami i wskazaniami operacyjnego leczenia ostrego zapalenia wyrostka. Operowałem prawie zawsze (z wyjątkiem bardzo krótkiego początkowego okresu) bez jakiegokolwiek względu na czas trwania choroby, jako przeciwwskazanie uważałem jedynie ściśle ograniczony i otorbiony ropień, lub też ograniczony naciek, przy zupełnie zresztą zadowalniającym stanie jamy brzusznej i stanie ogólnym nie wzbudzającym najmniejszej obawy. Atakowałem nawet ograniczone nacieki jeżeli zbyt długo utrzymywały się. Szkód z powodu nieuwzględniania zbyt długiego czasu choroby jako przeciwwskazania zabiegu nie tylko nie spostrzegałem, ale przeciwnie przypadki które niekiedy uważałem za stracone przebiegały po operacji gładko, a przedewszystkiem objawy ogólnego zatrucia ustępowały przeważnie szybko po zabiegu.

Charakterystycznym był n. p. przypadek, który operowałem na podstawie błędnego rozpoznania. Wywiad oraz stan miejscowy wskazywał na skręcenie uszypułowanej torbieli jajnika (gwałtowny początek z silnemi bólami, *per rectum et vaginam* wyczuwało się dość twardy opór, którego granice trudno było oznaczyć z powodu bolesności, dość silne wzdęcie, początek choroby niespełna 48 godzin). Operację wykonałem z cięcia powłok w linji środkowej poniżej pępka. Wyrostek skierowany ku *cavum Douglasi* leżał w zlepach i nacieku wielkości pięści, jądro nacieku tworzyła ropa. Wyrostek odciąłem, ropę wysuszyłem gazikami, jamę brzuszną zaszyłem na głucho. Zwłaszcza mój materjał kaliski (65 przypadków) pochodził z odległych okolic Kalisza i prawie bez wyjątku przywożono chorych po 48 godzinach od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby, często nawet i po 3 dniach. Dokładny wywiad co do czasu trwania choroby i co do kolejności objawów jak temperatura, tętno, wymioty, bóle, stolce w poszczególnych dniach lub godzinach był dla mnie jedynie wskaźnikiem reakcji organizmu wobec infekcji, pomagał mi tylko przez porównanie ze stanem obecnym do ustalenia rokowania, a nigdy nie dawał mi podstaw do stawiania wskazania czy też przeciwwskazania operacyjnego. Nigdy nie miałem powodu żałować tego sposobu postępowania ani też nie mam zamiaru od niego odstąpić. Co do rokowania *quoad vitam* to mam wrażenie, że ostre zapalenie wyrostka operowane nie jest schorzeniem zbyt złośliwem decydującem o dalszym przebiegu jest w pierwszej linji, czy zakażenie ogranicza się do zaatakowania mniejszej lub większej części jamy brzusznej, czy też zmiany miejscowe, stają się punktem wyjścia dla ogólnienia zakażenia i przejścia w stan posocznicowy. Taki czy inny kierunek postępu schorzenia zależy od złośliwości zakażenia i tężyzny sił obronnych organizmu, w każdym razie pozostawienie ogniska, chociaż zlokalizowanego, a jednak tlejącego jest większą szkodą niż uraz usuwający to ognisko. Obawa przed rozprzestrzenieniem ograniczonego zapalenia jest zbyt przesadzoną, jeżeli zachowujemy w czasie operacji środki odpowiedniej ostrożności, jak ograniczenie pola operacyjnego kompresami oraz skrzętne spijanie ropy gazikami lub ssysanie aparatami. To są przynajmniej moje poglądy oparte na własnem doświadczeniu. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, że przebieg zapalenia wyrostka leczonego zachowawczo wlecze się nieraz tygodniami, że może być on powikłany ropniami, przetokami kałowemi, uporczywemi naciekami, które prowadzą do charłactwa, że nacieki powodują zniekształcenia i przewężenia organów wewnętrznych to sądzę, że bardziej aktywne stanowisko jest pewniejsze i słuszniejsze. Chorzy operowani opuszczają łóżka nawet po ropieniu powłok w kilka tygodni, leczeni zachowawczo są często miesiącami obłożnie chorzy.

Operuję zasadniczo z cięcia Mc Burneya (Wechselschnitt) wyrostek wypreparowuję ostrożnie ochraniając jamę brzuszną paskami i kompresami gazowemi, kikut zaopatrzam szwem tabaczkowym. Wysięk wysuszam bez płókania, do jamy brzusznej i *cavum Douglasi* jeżeli był tam wysięk po wysuszeniu wlewam kilkadziesiąt cm^3 *Sol. collargoli 3%*. Otrzewnę zaszywam na głucho, pozostawiam sączek jedynie przez skórę i mięśnie. Ogromny nacisk kładę na leczenie pooperacyjne, które staram się zawsze dopilnować osobiście. Dla podtrzymania akcji serca stosuję stare wypróbowane w chirurgji środki, jak zastrzyki koffeiny i oliwy kamforowej na przemian w odstępach 1—2 godzin, tętno kontroluję jak najczęściej, z chwilą poprawienia się napięcia i zmniejszenia się szybkości zmniejszam dawki wspomnianych środków. Robię jak najrozwleklejszy użytek wlewań podskórnych i dożylnych rozczynu fizjologicznego, stosuję go w kroplówkach, też chętnie wstrzykuję dożylnie wysoko procentowe rozczyny glukozy. Porażenie jelit zwalczam wlewami do 10—20 cm^3 gliceryny, jako środek, który prawie nigdy nie zawodzi, uważam wyciągi z przysadki (zwłaszcza pituglandol Roche, ostatnio *tymophisin*), wywołują one żywe ruchy jelit lecz złych skutków, z tego powodu nawet przy rozlanem zapaleniu otrzewnej nie widziałem. Nie mam wielkiego zaufania do zakładania przetoki jelitowej w celu pokonania porażenia jelit, jeżeli inne środki zawodzą nie pomoże i przetoka, gdyż w tych przypadkach chodzi przeważnie o stany daleko posuniętego ogólnego zatrucia organizmu i już nawet przetoka nie jest w stanie zapobiec katastrofie, jak to miałem sposobność spostrzegać w 3 przypadkach.

Jeszcze parę słów w sprawie zagadnienia, czy należy zawsze drenować po wycięciu wybitnie zmienionego wyrostka (ropowica, martwica), i jeżeli stan ropnego zapalenia udzielił się jego bliższej okolicy, bądź też przeszedł zapalenie otrzewny większej części jamy brzusznej.

Ja jestem uporczywym przeciwnikiem drenowania, stanowisko to opieram na podstawie własnego doświadczenia i porównania przypadków niedrenowanych z przypadkami drenowanymi w początkowym krótkim okresie. Drenuję jedynie ropnie

około wyrostkowe, które podeszły pod powłoki, a które nacinam bez usiłowania wycięcia wyrostka (pozatem nie zdarzyło mi się, abym pozostawił wyrostek nawet przy najbardziej powikłanych zrostach i zlepach). Nie wierzę bowiem w możność istotnego zdrenowania jamy brzusznej czy jej uchyłków przez najbardziej skomlikowane dreny w taki sposób, aby cel drenowania był istotnie osiągnięty. Wszystkie dziurki drenu zatykają zaraz przylegające do nich jelita i możność zdrenowania nawet najbliższego otoczenia jest w ten sposób unicestwioną. Nie istnieje zresztą żadne prawo fizyczne które mogłoby mi wytłumaczyć podchodzenie gęstej ropy przez rurkę taką czy inną, włożoną do jamy brzusznej, za wyjątkiem prawa włoskowatości, jeżeli stosujemy setony z gazy, działanie ich jednak jest nadzwyczaj krótkotrwałe i ustaje z chwilą, gdy seton napoi się gęstą ropą. Ropa, którą widzi się w opatrunkach chorych drenowanych wypływa raczej obok drenu, niż przez dren i to z bardzo ograniczonego odcinka jamy brzusznej, gdyż dren powoduje szybkie odgraniczenie go przez zlepy zapalne od reszty jamy brzusznej, tak cel drenowania jest zupełnie chybiony. Następnie sam dren jako ciało obce powoduje wzmożenie się wydzieliny, a źródłem jej są, przeważnie powłoki brzuszne. Drenować racjonalnie ku dołowi można tylko otworzone przez odbytnicę lub pochwę ropnie uchyłka Douglasa.

Między innemi ujemnemi stronami drenowania można też wymienić przetoki kałowe wywołane skutkiem odleżyny których przyczyną są dreny. Siły obronne zamkniętej otrzewnej są ogromne i zdumiewające, widzimy to nietylko po wycięciu nawet zmienionego pękniętego wyrostka, ale po każdem „aseptycznem“ wycięciu żołądka, jelit. po pęknięciach urazowych jelit. Ja przynajmniej nie spostrzegałem żadnych stron dodatnich, któreby przemawiały na korzyść drenowania. przeciwnie na podstawie osobistego doświadczenia uważam zaszywanie otrzewny po wycięciu wyrostka wykazującego nawet daleko idące zmiany, połączone z miejscowem lub rozlanem zapaleniem otrzewny za daleko korzystniejsze niż drenowanie w takich przypadkach.

Niebezpieczństwo przepuklin po cięciu którego używam, jest zredukowane do wprost wyjątkowych przypadków, gdyż wystarcza zaledwie kilka szwów aby zbliżyć rozdzielone na tępo wiązki mięśni, które i bez szwów wykazują dużą skłonność do wzajemnego zbliżenia się. Wspomniany setonik gazowy włożony w powłoki ma duże znaczenie zapobiegawcze zropieniu powłok, a jeżeli nawet wystąpi ropienie to osiągamy szybko wyleczenie zmieniając setony i polewając je *3% solutio collargoli.*

Streszczenie: Na podstawie mego doświadczenia, wycinam wyrostek zawsze jeżeli ustalam rozpoznanie zapalenia wyrostka ślepej kiszki. Stanowisko wyczekujące i leczenie zachowawcze stosuję tylko w przypadkach ściśle ograniczonych ropni lub nacieków, przy zupełnie zadowalniającym stanie pozostałej części jamy brzusznej, oraz niebudzącym najmniejszych wątpliwości stanie ogólnym.

Wskaźnik czasu dla ustalenia wskazania operacyjnego uważam za zupełnie bezpodstawny.

Jamy brzusznej po wycięciu wyrostka nie drenuję, gdyż celowość skutecznego drenowania nie jest teoretycznie uzasadnioną, praktycznie nie widzę na podstawie własnych spostrzeżeń przewagi leczenia zapomocą drenowania nad zaszywaniem otrzewny na głucho.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 4283/30.

Warszawa, dnia 26 czerwca 1930 r.

Surowica przeciwko jadowi żmij.

Do Panów Wojewodów.

Wobec tego, iż w ostatnich czasach przypadki pokąsania przez żmije zdarzają się coraz częściej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie Starostw (lekarzy powiatowych), a za ich pośrednictwem wszystkich lekarzy na terenie Województwa, że surowicę leczniczą przeciwko ukąszeniom żmij można nabywać za opłatą około 5 zł za flakon w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie i Filjach Państwowego Zakładu Higjeny w Krakowie, Lwowie, Lublinie, Toruniu, Poznaniu i Wilnie. Ponieważ zapasy tej surowicy, którą w Europie wyrabia tylko Instytut Pasteura w Paryżu, są nieduże, *należy ją zamawiać tylko w razie przypadku pokąsania przez żmiję, a więc dla celów leczniczych,* a Zakłady powyższe otrzymały polecenie nie wydawać surowicy na zapas dla celów zapobiegawczych.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. A. Grotjahn: *„Zarys praktycznej eugeniki, czyli Higjena rozrodu“.* Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, 8 a XVI str. 306. Warszawa 1930 r.

Jest to pierwsza praca w języku polskim, obejmująca całokształt eugeniki praktycznej. Dział biologiczny oraz antropologiczny eugeniki w pracy tej nie został poruszony. Uzupełni ją praca obecnie tłómaczona prof. Ruzicki *„Biologiczne podstawy eugeniki“*, również nakładem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

W dziewięciu Oddziałach (Warszawa, Poznań, Wilno, Kraków, Łódź, Białystok, Brześć, Włocławek i Katowice) odbywa się praca eugenistów polskich, którzy są skupieni w Polskiem Towarzystwie Eugenicznem, to ostatnie zaś występuje nazewnątrz, jako członek Międzynarodowego Związku Eugenicznego z siedzibą w Londynie.

Dla tych zwiększających się zastępów pracowników niezbędne było dostarczenie podręcznika. Wprawdzie w kwartalniku Towarzystwa Eugenicznego wychodzącym od 12 lat „Zagadnieniach Rasy“ umieszczono zgórą kilkaset prac, a w „Bibljotece Eugenicznej“ wydano 54 zeszyty (54 jest pracą Grotjahna, a z większych prac wymienić należy „Psychologję indywidualną Adlera“) — lecz to były prace obejmujące odcinki. Grotjahn objął cały dział eugeniki lekarskiej i społecznej. Książka wydana bardzo starannie obejmuje oprócz wstępu tłómacza i przedmowy autora, 7 głównych działów. Są to: 1) Zagadnienie eugeniki, 2) Warunki racjonalnej eugeniki, 3) Utrzymanie liczebnego stanu ludności, 4) Poprawę jakościową ludności, 5) Uprzywilejowanie rodzicielstwa, 6) Indywidualna higjena rozrodu i 7) Społeczna higjena rozrodu.

Rozpatrując zagadnienie eugeniki, autor omawia terminologję (pojęcie rodziny, ludność), uwagi historyczne, ruch maltuzjański oraz eugenikę, jako zagadnienie współczesne.

W rozdziale II-im Warunków eugeniki racjonalnej, mówi o warunkach lekarsko technicznych (prewencja, sterylizacja), o warunkach wypływających z psychologji mas (wpływ kościoła, gospodarki prywatnej, kultury współczesnej, brak poczucia odpowiedzialności eugenicznej), o warunkach populacyjnych, warunkach wypływających z nauki o dziedziczności (niedziedziczenie cech nabytych i o warunkach społeczno-higjenicznych).

Rozdział III-ci omawia spadek liczby urodzin, niecelowe przepisy, system 3 dzieci, choroby weneryczne i eugenika.

Rozdział IV o poprawie jakościowej ludności, porusza dane z biologji dziedziczności, z patologji dziedziczności, mówi o astenikach i rozrodzie, wreszcie psychopatach i rozrodzie.

Rozdział V o uprzywilejowaniu rodzicielstwa omawia chęć posiadania dziecka, oraz o gospodarczem uprzywilejowaniu rodzin

Rozdział VI omawia indywidualną higjenę rozrodu (sumienie eugeniczne, zachowanie się eugeniczne i porady eugeniczne, lekarskie). Ostatni dział stanowi społeczną higjenę rozrodu. Mamy tu „proletarjat a eugenika, ruch kobiecy i prawodawstwo“, oraz administrację.

Staranny skorowidz kończy pracę, która stanowi zasługę tłómaczy, oraz ruchliwego Towarzystwa Eugenicznego. Książka ta dla lekarzy polskich ma wartość niezmierną dla poznania się z eugeniką.

Każdy student również powinien ją mieć w swoim ręku.

Tłomaczenie zostało dokonane pod redakcją Prof. Tomasza Janiszewskiego, przez słuchaczów Uniw. Jagiellońskiego.

Dr. Jan Żuniewicz, Dr. Janina Żuniewiczówna: *„Wodolecznictwo a nerwy“.* Księgarnia i drukarnia „Ostoja“. Poznań 1930.

Książka ta jest cennym dobytkiem w dość szczupłej na tem polu literatury polskiej.

Autorowie opierając się na długoletnich doświadczeniach, przeprowadzanych w własnym zakładzie, stwierdzili korzystny wpływ czynionych zabiegów nie tylko w chorobach nerwowych, a osiągnięte rezultaty dowiedli treścią wydanej książki, która w swej części pierwszej zaznajamia czytelnika z systemem wodo-

leczniczym, stosowanym przez autorów, gdy dalsze rozdziały mówią o wynikach leczenia różnych chorób i zawierają wskazówki racjonalnego hartowania ustroju zimną wodą.

Myślą przewodnią autorów była chęć zaznajomienia społeczeństwa z nowoczesną metodą wodolecznictwa, czerpiącą z daru przyrody wybitne własności lecznicze, oraz zainteresowania szerokich kół lekarskich oryginalnym systemem, wypróbowanym od szeregu lat mającym przewagę nad zagranicznemi. Na szczególną uwagę zasługuje nowość w tej dziedzinie, odróżniająca się od wszelkich innych dotąd stosowanych zabiegów wodoleczniczych przez specjalne uwzględnienie zabiegów na głowę jako i na kark i kręgosłup. Głębokie zainteresowanie budzi stosowanie indywidualnych proporcyj bodźcowych, skierowanych na głowę i kręgosłup. Indywidualizowanie opiera się głównie na obserwacji ukrwienia głowy (mózgu) poczynionej przy licznych doświadczeniach na eksperymentach i kuracjach, że wszelkie zabiegi na głowę stwarzają tendencję do przekrwienia głowy (mózgu), gdy zabiegi na inne części ciała, a szczególnie na kręgosłup działają w przeciwnym kierunku.

Teoretyczne uzasadnienie działania zimnej wody na organizm może prowadzić do rozbieżności poglądów, nie może jednak obniżyć przekonania o swoistym dorobku kilkunastoletnich doświadczeń. Przedstawione wyniki z korzyścią leczonych pacjentów, przekonywują czytelnika o doniosłych walorach tego systemu. Należy podnieść zasługi za nowo nadany kierunek wodolecznictwu autorem i wysoko ocenić wytężoną pracę i długoletnia badania.

Walerjan Spychała.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XI, rok 1930: A. Beck: Działalność naukowa Napoleona Cybulskiego. — H. Beck i R. Truszkowski: Enzymy purynolityczne płodów ludzkich. — Fr. Czubalski: Wpływ podrażnień nerwu błędnego i współczulnego na liczbę płytek Bizzozero i ciałek białych, stężenie jonów wodorowych (pH) krwi oraz jej krzepliwość i współczynnik refraktometryczny. — P. Demant: Rola nadnerczy w przecukrzeniu krwi po dożylnem podaniu srebra koloidowego. — M. Eiger: O zwojach i komórkach nerwowych podwsierdziowych, oraz ich roli fizjologicznej. — St. Gartkiewicz: Nużenie mięśni gładkich w stanie skurczu tonicznego (przyczynek do fizjologji „snu małżów". III). — H. Gnoiński: Wpływ adrenaliny na poziom cukru we krwi, w związku z t. zw. blokadą układu siateczkowo-śródbłonkowego. — Fr. Goebel: Wpływ witasteryny D na rozwój zwierząt i przemianę azotową. — B. Gutowski: Wpływ nerwów trzewnych na wydzielanie żółci. — B. Gutowski: O chronaksji. — M. Skarżyńska-Gutowska: Przyczynek do zagadnienia złożoności witaminy „B". — J. Gworkówna i B. Szabuniewicz: Wpływ podawania kwasu solnego do żołądka na liczbę ciałek białych we krwi. — W. Hołobut: Zmiany przepuszczalności błon komórkowych mięśnia, jako podstawa jego życiowych przejawów. — St. Janicki i B. Szabuniewicz: Leukocytoza trawienia po przecięciu nerwów błędnych. — A. J. Kliniecki: Wpływ tętnienia naczyń na obraz ruchu krwi i przebieg tętniczego ciśnienia. — S. Kroszczyński: Badania wartości leczniczej liści naparstnicy na gołębiach zapomocą metody Hanzlika i Schoemaker'a. — J. Laskowski: O sile zaczynowej wątroby w szoku anafilaktycznym. — J. Modrakowski i R. Lentz: Badania nad sztuczną acydozą i alkalozą. — St. J. Przyłęcki: Wpływ struktury na reakcję enzymatyczną. — A. Rowińska: Zawartość ciał purynowych w różnych organach zwierzęcych i stosunek azotu purynowego do niepurynowego. — H. Sikorski i R. Lentz: Badania nad acydozą i alkalozą. — W. Tychowski: Wpływ zatrucia floryzynowego na zawartość glukozy w cieczy wodnej oka. — F. Venulet: O roli nerwu współczulnego w przecukrzeniu krwi po dożylnem wprowadzeniu srebra koloidowego. — J. Walawski: O humoralnem hamowaniu wydzielania soku żołądkowego.

Opieka nad dzieckiem, rok VIII, nr. 4—5, za kwiecień i maj 1930: B. Krakowski: Kolonje letnie. — T. Kopeć: Kolonje i uzdrowiska. — A. Kamler: Kolonje letnie dla dzieci członków Kasy chorych m. st. Warszawy w r. 1929.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich wydany przez Naczelną Izbę lekarską, rok I, nr. 1, z r. 1930: W. J. Tomowicz: Uwagi ogólne o samorządzie lekarskim. — Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby lekarskiej za rok 1929. — Komunikat I. N. I. L. — Komunikaty Izb terytorjalnych. — Dział prawny. — Wolne posady. — Informacje.

Kobieta współczesna, nr. 28, z r. 1930: P. Hulka-Laskowski: W walce z kwietyzmem i partykularyzmem.

Pamiętnik wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. Bat., rok VI, zeszyt 3, za czerwiec-lipiec 1930: A. Safarewicz: Ś. p. Witold Węsławski. — J. Talko-Hryncewicz: Ostatni z dawnych lekarzy kresowych Dr. Józef Rolie (Dr. Antoni J.) w setną rocznicę Jego urodzin (1830—1930). — S. Bagiński: O histochemicznem wykryciu niektórych kationów. — B. Dylewski: Co lekarz o rozwoju mowy u dziecka wiedzieć powinien. — J. Muraszko: Śmiertelność niemowląt w świetle liczb Stacyj opieki nad matką i dzieckiem w Wilnie. — S. Rondomański: O wodzie gruntowej terenu Wilna w związku z zaopatrywaniem w wodę garnizonu. — A. Wirszubski i L. Baranowski: Z dziedziny neuropatologji noworodków. — T. Wąsowski: Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych a otolaryngologja. — M. Minkiewicz: Wykaz zachorowań i zgonów.

Zdrowie, rok XLV, nr. 13, z 1 lipca 1930: Z. G. Maleszewska: Medycyna zapobiegawcza przy wyborze zawodu. — B. Salak: Najpilniejsze zagadnienia sanitarne miast tarnopolskich. — Kronika epidemjologiczna.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 28, z 10 lipca 1930: M. Szour: W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej (c. d.). — H. Kadysz: O stosowaniu konserwowanych preparatów mlecznych w praktyce dziecięcej. — B. Goldstein: O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej (streszcz. pogl.). — St. Adamowiczowa: Wrażenia z międzynarodowej wystawy higjenicznej w Dreźnie (dok.).

Wiedza lekarska, rok IV, nr. 6, z r. 1930: E. Reicher: O nowoczesnych poglądach na patogenezę zaburzeń wyrównania. — L. Zamenhof: Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach.

Pielęgniarka polska, rok II, nr. 5—6, za maj-czerwiec 1930: M. Grodecki: Najważniejsze zadanie organizacyjne ruchu przeciwgruźliczego w Polsce. — M. Krotowska: Współpraca poradni przeciwgruźliczej z zakładami pomocniczemi ze specjalnem uwzględnieniem gruźlicy otwartej. — A. Wierzbowska: Ochrona dziecka przed gruźlicą. — M. Krasowska: Kilka uwag o współpracy poradni przeciwgruźliczej z lecznicą. — M. Skokowska-Rudolfowa: Pielęgniarka w propagandzie przeciwgruźliczej. — E. Cybulska: Droga do pacjenta. — W. Lankajterówna: Pielęgniarka społeczna w poradni przeciwgruźliczej. — H. Chrzanowska: O odwiedzinach w rodzinie gruźliczej.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 28, z 13 lipca 1930: N. Sienkiewicz: O ergosterynie, jej własności chemiczne i fizyczne, budowa, pochodne, działanie promieni pozafiołkowych. — Witamina D i jej własności fizjologiczne. — Nowe leki. — Okólniki i rozporządzenia władz. — Sprawy zawodowe.

Położna, rok III, nr. 7—8, za lipiec sierpień 1930: Z. Ślączkowa: Niepłodność, jej przyczyny i sposoby zwalczania. — Redakcja: Czasopisma akuszeryjne. — K. Zofja: Moje wspomnienia z pobytu w Krakowie. — A. Łuszczkiewicz: Prawa i obowiązki położnej w świetle polskich przepisów prawnych. — J. Dorawski: Piękno krajobrazu tatrzańskiego. — A. Donhauser: Etjologja gorączki połogowej.

Ginekologja Polska, rok IX, zeszyt IV—VI, z r. 1930: Br. Stępowski: Badania statystyczne w sprawie krwotoków w III-cim okresie porodowym. — W. Zaleski: Wypadanie i opuszczanie się narządu rodnego a nachylenie miednicy. — H. Szlapakówna: Znaczenie diagnostyczne i prognostyczne hemogramów Schillinga w położnictwie i ginekologji. — R. Welman: O operacyjnem leczeniu raka łechtaczki. — St. Marynowski: Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie. — H. Wójcicki: O kulkach tłuszczowych stanowiących zawartość torbieli skórzastej. — W. Kędzierski: Postępowanie lecznicze w przypadkach nieodklejenia się łożyska w trzecim okresie porodu. — H. Beck: Cięcie cesarskie w przypadkach zakażonych. — St. Karnicki: W sprawie znieczulenia rdzeniowego (streszcz. zbior.). — Wł. Dering: Następstwa sztucznych poronień. (Streszcz. zbior.).

Lekarz Polski, rok VI, nr. 7, z 1 lipca 1930: J. Brzoza: Zadania chwili. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — Z. Rudolf: Zmiany w tlenie jako dane do określenia

stopnia zanieczyszczenia rzek. — M. Zachert: Jaglina na Wileńszczyźnie. — J. Balcerski: Zagraniczne ustawodawstwo ubezpieczeniowe (c. d.). — Wit M.: Czy warto. — B. Garlicki: Ubezpieczenie pracowników umysłowych w Polsce. — Wł. Frankowski: O nowy system lecznictwa kasowego. — K. Koronkiewicz: Symulacje chorób w świetle badań urzędowo-lekarskich (dok.).

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok I, nr. 9, z lipca 1930: Z działalności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej. — A. Kuhn: Dr. Jan Papée (c. d.).

Przegląd lekarski, rok I, nr. 6, z 15 czerwca 1930 r. Miesięcznik poświęcony praktycznym postępom wiedzy lekarskiej.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 14., z 15 lipca 1930: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — K. Kozłowski: W sprawie lekarza-specjalisty. — A. Sianowski: O podziale na specjalności w Prusiech. — E. Krajewski: Nadużycia z prześwietlaniami promieniami Roentgena. — Ch. Goebel: Powody, dlaczego trudno się urządzić lekarzowi na Kresach. — Z Izb lekarskich.

Młoda matka, nr. 14, z r. 1930: M. Stopnicka: Jak ubrać dziecko latem. — M. Gromski: Jeszcze o słońcu i plaży. — Z. Glińska: Kilka słów o plagach letnisk. — M. St.: Do czego ma służyć buda wózka dziecinnego. — St. Szuchowa: Dobre i złe wpływy. — B. Malatyńska: O wolnych chwilach matki. — J. Brzósko-Gudérska: Przyjaciele na podwórku.

Kobieta współczesna, nr. 29, z r. 1930: St. Adamowiczowa: Zagadnienia pracy kobiet na Międzynarodowej Wystawie higienicznej w Dreznie. — J. Skowrońska: Opis uzdrowiska w Iworzu.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom IV, nr. 4, za styczeń, luty, marzec 1930: Ś. p. Henryk Barylski. — M. Eiger i E. Czarnecki: Badania nad nowotworami doświadczalnemi. — W. Kamocki: Jeszcze jeden przypadek guza siateczkowego. (Reticuloma). — W. Miklaszewski: Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej (dok.).

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok V, nr. 7, z 1 lipca 1930: H. Berliner: O statystyce Kas chorych. — Plan działalności leczniczej Zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych w 1930 roku. — A. A. Kryński: Uwagi o terminologji ubezpieczeń społecznych. — J. P.: Ubezpieczenia od wypadków w Szwajcarji w okresie 1923—1927. — Br. Nowakowski: Ołowica wśród drukarzy a ubezpieczenia społeczne.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 29, z 17 lipca 1930: M. Szour: W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej (dok.). — P. Baumritter i St. Bielobradek: Przypadki śpiączki cukrzycowej u dwuletniego dziecka. — B. Goldstein: O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej (Streszcz. pogląd. c. d.). — Z. Srebrny: Na marginesie nowej ustawy szpitalnej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

T. 72.

Anders: *O endogennym reinfekcie gruźliczym płuc u dorosłych*. Jest rzeczą niezmiernie rzadką (autor nie napotykał nigdy), by wkoło zwapniałego ogniska pierwotnego można było stwierdzić świeże zmiany gruźlicze; żadnej ono roli nie odgrywa w powstaniu suchot płucnych u dorosłych.

Badania autora wykazały, że u osób dorosłych można często napotkać zmiany gruźlicze gruczołów chłonnych położonych w samem płucu pod opłucną, najczęściej — w dolnych częściach, często międzypłatowo.

W innej swej pracy przedstawił autor dowody częstego odnawiania się sprawy w jednym z przyoskrzelowych gruczołów należącym do kompleksu pierwotnego, niejako późny przejaw okresu pierwotnego, a mianowicie: u 18% osobników po 45 roku życia, i uważa zmiany wyżej wymienionych gruczołów w płucu, jako wynik rozsiania drogą krwionośną z gruczołów przyoskrzelowych *via angulus venosus, v. cava, cor, art. pulmonalis*.

Gruczoły płucne są niby sączkiem dla laseczników rozsiewanych; ich zmiany są zdaniem autora anatomicznem podłożem obrazów rozsiania stwierdzanych roentgenologicznie.

Są to zmiany naogół o łagodnym przebiegu, nie jest jednak wykluczone, by mogły stać się punktem wyjścia suchot, lub nacieczenia.

Częstość zapaleń opłucnej u dorosłych osobników gruźliczych mogłaby być objaśniona powstawaniem tych ognisk gruczołowych podopłucnowych.

W ten sposób, prócz reinfekcji, egzogennej młodocianego organizmu, można przypuścić i endogenną reinfekcję dorosłego, po 45 roku życia.

Z dyskusji. Zdaniem Huebschmana zmiany gruczołów zależne są od zmian w płucach powstałych poprzednio; zdaniem Redeckera rozsiane cienie znajdują się w płucu, a nie pod opłucną, gdyż przy kręceniu chorego nie pozostają w łączności z żebrem tylnem lub przedniem.

Frischbier: *O obustronnem unieruchomieniu płuc*. Autor przytacza 26 przypadków obustronnej jednoczesnej odmy. Stosował ją tylko w przypadkach z naciekami wczesnemi lub zmianach wytwórczo włóknistych. Za przeciwwskazanie uważał wysoką ciepłotę, zły stan ogólny, gruźlicę innych narządów, prócz gruźlicy krtani.

Odmę po stronie drugiej zakłada po 10 dniach i robi reinsuflancje niejednocześnie; naogół kierował się tylko manometrem i senzacjami pacjenta, bez spirometru; daje na raz 450 cm^3 gazu przy ujemnem ciśnieniu.

Z 14 pacjentów, u których metoda stosowana jest dostatecznie długo, by mówić o trwałych wynikach, 11 pacjentów naogół poprawiło się, 4 z nich może pełnić lekką pracę. Autor nie miał powikłań w postaci odmy samoistnej lub wysięku. Z trzech przypadków, w których stosował odmę i *phrenikotomję* na różnych stronach, w jednym miał znaczną poprawę, w dwóch nieznaczną poprawę stanu ogólnego.

Obustronnej phrenikotomji autor nie stosował; uważa ją za zabieg niebezpieczny (zgodnie z Brauerem).

Amenille i Samson podają po jednym przypadku thorakoplastyki z jednej i odmy drugiej strony, z bardzo dobrym wynikiem.

Ostatni sposób obustronnego unieruchomienia, odma i plomba na drugiej stronie, nie ma przykładów w literaturze.

Z dyskusji. Wiese przytacza 39 przypadków obustronnej rozpadowej gruźlicy płuc u dzieci (przeważnie dziewczynki lat około 14), w których stosowano obustronną odmę i phrenikotomję z dobrym wynikiem w 23 przypadkach.

Brauer zwraca uwagę na konieczność kierowania się spirometrem przy obustronnem unieruchomieniu (termin, jego zdaniem, błędny), co pozwoli uniknąć stanu, przy którym pacjent nie ma rezerwowego ani dodatkowego powietrza.

Liebermeister jest zdania, iż obustronne unieruchomienie należy zaliczyć do metod leczniczych typowych. Z 66 przypadków odmy obustronnej miał poprawę w 23; z nich tylko pewna część była czasowo bez laseczników w plwocinie po leczeniu.

Deist: *O stanie czynnościowym nerek przy gruźlicy płuc*. Zmiany, jakie wykazują nerki przy gruźlicy płuc autor dzieli na dwie grupy: 1) ze zmianami w moczu i 2) ze zmianami wykrywanemi tylko przez badanie czynności. Próby czynnościowe przeprowadzone na dużej ilości chorych gruźliczych według najróżniejszych sposobów wykazały upośledzenia różnego natężenia bez stwierdzenia zmian morfologicznych w moczu.

Badania patologoanatomiczne w dużej ilości wykonane w okresie powojennym wykazały, iż często przy obecności krwi, ropy i laseczników Kocha w moczu zamiast oczekiwanej gruźlicy rozpadowej nerki, napotykano zapalenie nerek najróżniejszych typów. Niekiedy w moczu znajdowano laseczniki bez innego osadu.

Brak jeszcze wyjaśnienia, dlaczego w poszczególnym przypadku powstaje tylko zmiana czynności, zapalenie lub bacilluria.

Kiellenthuer spostrzegał wydzielenie w moczu laseczników u ciężarnych z nieczynną gruźlicą płuc. Być może, iż obciążenie nerek z jakichkolwiek powodów ułatwia wydzielenie i osiadanie laseczników. Zdaniem autora, jady gruźlicze przy większem ich stężeniu obniżają odporność nerek; przy braku osadu laseczniki najczęściej spotykają się tam, gdzie próby czynnościowe wykazują upośledzenie nerki.

Autor uważa za najczulszą — próbę z jodkiem potasu. Wskazuje na konieczność kilkurazowego obciążenia, gdyż zmienność przebiegu wydzielania cechuje nerkę gruźlika.

Junker: *Gruźlica i hypotonja.* Obniżenie ciśnienia nie jest objawem początkowej gruźlicy płuc. Naogół przy sprawach początkowych ciśnienie jest normalne. Pewne dane subjektywne, jak ogólne osłabienie, nieokreślone bóle w piersi, ucisk w okolicy żołądka, zawroty głowy właściwe osobnikom z essencjalną hypotonją mogą nasuwać myśl o gruźlicy płuc. Nawet stwierdzenie nieznacznych zmian w płucach w rodzaju starych ognisk szczytowych nie powinno przy stwierdzeniu niskiego ciśnienia i towarzyszących mu objawów ogólnych skłaniać ku rozpoznaniu gruźlicy płuc, gdyż te zmiany również często można spotkać u osób zdrowych. Należy mieć na względzie możliwość wtórnej hypotonji przy schorzeniach serca raku, anemjach, hypothyreoidosis, chorobie Addisona. Ze względu na skutki dla chorego i społeczeństwa należy możliwie wcześnie odróżniać hypotonję wrodzoną od gruźlicy płuc.

Chmielnicki, Silber i Abramowicz: *O pochodzeniu rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych otwartych spraw gruźliczych.* W pracy niniejszej, poświęconej głównie omawianiu możliwości powstawania otwartych form gruźlicy o charakterze naciekowym (t. zw. suchot płucnych pospolitych), ze starych zwapniałych ognisk, autorzy pobieżnie tylko poruszają sprawę genezy form naciekowych, zajmując w niej stanowisko kompromisowe: sprawy naciekowe w postaci t. zw. nacieków wczesnych mogą powstawać zarówno w zdrowem płucu drogą egzogenną, jak i endogenną w płucach ze staremi ogniskami. Sprawy tej nie uważają za ostatecznie rozwiązaną, jakkolwiek ta czy inna koncepcja miałaby duże praktyczne znaczenie i dla prowadzenia walki z gruźlicą, nakreślając rozmaite drogi tej walki: sanitarno-profilaktyczne w pierwszym przypadku, społeczno-profilaktyczne — w drugim.

Badania swoje oparli autorzy na badaniach charkowskiego profesora Ehrlicha, który w starych zwapniałych ogniskach w płucach i w plwocinie, z ognisk tych pochodzącej, odnajdywał t. zw. „tetradę" („tetrada Ehrlicha"), składającą się z soli wapnia, zwapniałych włókien sprężystych, kryształków cholesteryny (jako produktu rozpadu tłuszczów) i las. Kocha.

„Tetrada" — czasami nie w pełnym składzie — znajdywana w plwocinach, jest dowodem istnienia w płucach rozpadającego się zwapniałego ogniska *). Jednak brak jej w plwocinach nie przeczy temu: ognisko mogło się rozpaść i być wyeliminowane wpierw, niż plwociny dostały się do laboratorjum. Celem możliwie dokładniejszego zbadania genezy pospolitych suchot płucnych autorzy uwagę swoją skierowali na te przypadki, w których pierwsze objawy kliniczne występowały równocześnie z obecnością zwapniałych elementów w plwocinie.

Badania tych wczesnych otwartych postaci gruźlicy płuc (21 przyp.) ustaliły, że:

1) sprawa taka bywa często poprzedzana przez typową zamkniętą sprawę szczytową z objawami wyraźnej intoksykacji;

2) w niektórych przypadkach choroba ujawnia się odrazu w pozornie dotąd zupełnie zdrowym ustroju. W tych przypadkach często rozpoczyna się krwotokiem, jak to się dzieje często w przypadkach o charakterze wysiękowym;

3) czasami początkowo choroba nie wykazuje żadnych zmian klinicznych i tylko badanie przypadkowe plwocin wskazuje na obecność w płucach zmian gruźliczych;

4) objektywne zmiany mogą być początkowo nieznaczne i ograniczać się do szczytów;

5) czasami grypa prowokuje chorobę lub też powoduje obostrzenie już gojącej się sprawy.

Przebieg choroby bywa we wszystkich prawie tych przypadkach zazwyczaj łagodny: często wystarcza zwykłe leczenie ambulatoryjne lub sanatoryjne — laseczniki znikają.

Niekiedy znikanie laseczników w plwocinach nie idzie w parze z polepszeniem się stanu ogólnego. Sprawa przyjmuje zwykle charakter sprawy włóknistej zamkniętej, bądź ograniczającej się do szczytów, bądź przechodzącej na niżej położone odcinki płuc; w jeszcze innych — nielicznych przypadkach — sprawa, już względnie skompensowana, przechodzi w postępującą, rozpadową.

Co się tyczy plwocin, to często ilość laseczników w nich bywa tak znikoma, że tylko b. skrupulatne badanie wykrywa je w cząsteczkach ze zwapniałemi włóknami sprężystemi; w innych znów przypadkach laseczniki na początku choroby wydzielają się w bardzo znacznych ilościach (do kilkudziesięciu w p. w.), leżą w skupieniach, są cienkie i ziarniste.

*) Dubińskaja z Charkowa opisała 12 przyp., w których badanie plwocin wykazało obecność „tetrady".

Często, niebacząc na osiągniętą już równowagę organizmu, „tetradę" znajdujemy w plwocinach jeszcze w przeciągu szeregu miesięcy.

Wykrywanie świeżych włókien sprężystych w plwocinach obok starych zwapniałych — wskazuje na obostrzenie sprawy.

Charakterystycznem dla obrazu roentgenologicznego tych postaci wczesnej otwartej gruźlicy jest brak świeżych ognisk, które wskazywałyby na naciekowy charakter sprawy.

W żadnym z przytoczonych przypadków nie mogło być mowy ani o wczesnym ani o późnym nacieku. Obraz roentgenologiczny przedstawia się w następujący sposób:

1) typowy obraz wyraźnej sprawy szczytowej z jednolitem zaciemnieniem okolicy nadobojczykowej, czasami i podobojczykowej,

2) pojedyńcze odosobnione twarde cienie, nie nasuwające żadnych wątpliwości co do tego, że mamy tu do czynienia ze staremi zwapniałemi ogniskami. Leżą one w okolicach nadobojczykowych (t. zw. ogniska Simonowskie) lub podobojczykowych.

3) w przypadkach sprawy postępującej z rozpadem zwapniałych ognisk znajdujemy jamę, ograniczoną wyraźnym pierścieniem.

Te obrazy kliniczne i roentgenologiczne odpowiadają sprawom wytwórczym, których początek i przebieg charakteryzuje trzeciorzędny okres gruźlicy płuc. Wszystkie te badania, podług autorów, nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do tego, że stare zwapniałe ogniska mogą być (wbrew poglądom Redeckera i innych) punktem wyjścia postępującej gruźlicy płuc. Nie przeczy to jednak możliwości powstawania sprawy włóknistej ze sprawy wysiękowej.

W żadnym z przytoczonych przypadków nie spostrzegano szybko postępującej sprawy.

Łagodny ten przebieg tłumaczyć należy z jednej strony opornością tkanek okresu trzeciorzędowego, z drugiej — małą żywotnością laseczników dzięki mniej lub więcej długotrwałemu przebywaniu ich w zwapniałych ogniskach.

Z tych względów i terapja tych przypadków powinna być początkowo konserwatywną w przeciwstawieniu do spraw naciekowych, wymagających zabiegów aktywnych.

R. Braun: *Umiejscowienie i przebieg gruźlicy płuc w przypadkach istniejącej jednocześnie gruźlicy pozapłucnej.* W piśmiennictwie b. mało zajmowano się dotąd kwestją wpływu gruźlicy pozapłucnej na przebieg i lokalizację sprawy płucnej.

Hesse uważał, że gruźlica płuc w przypadkach istniejącej jednocześnie gruźlicy kości przebiega naogół pomyślnie i objaśnia to w ten sposób, że w tych przypadkach bywa ona wcześniej spostrzegana i leczona.

Rozow i Zapolski w przyp. gruźlicy kości i gruczołów spostrzegali zmiany w płucach w 92% przyp., rozwiniętą jednak gruźlicę tylko w 16% — i odwrotnie: na 192 sekcyjne przypadki ciężkiej gruźlicy płuc tylko w 1,5% ujawniono gruźlicę kości i gruczołów.

Te dane w zupełności odpowiadają twierdzeniu Marfana, który nigdy nie widział gruźlicy kości w przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc. Inaczej ma się sprawa w stosunku do gruźlicy dróg moczowo-płciowych:

Rożdiestwieński w 80% wszystkich przypadków gruźlicy dróg moczowo-płciowych stwierdzał obecność gruźlicy płuc; w 5,6% przyp. sekcyjnych z powodu gruźlicy płuc stwierdził i gruźlicę dróg moczowo-płciowych.

W przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc częściej znajdywano gruźlicę dróg mocz.-płciowych, niż kostną lub gruczołową. Żaden z przytoczonych wyżej autorów nie poruszył roli, jaką odgrywa w danym wypadku lokalizacja sprawy w płucach.

Kwestję tę usiłuje wyjaśnić Braun, opierając się na 132 przypadkach.

Spostrzeżenia jego, niezawsze oparte na ściśle objektywnych danych, można naogół uważać za prawidłowe.

Okazuje się, że umiejscowienie sprawy w płucach nie ma nic wspólnego z obecnością gruźlicy pozapłucnej: niezależnie od tego, czy istnieje ona czy też nie, gruźlica płuc lokalizuje się w $^1/_3$ (42-ch) przyp. w okolicy podobojczykowej [1]), a w $^2/_3$ w innych okolicach płuc. Tyczyło się to zarówno tych przypadków, gdzie początkowo występowała gruźlica płuc, jak i tych, w których pierwotnie stwierdzano gruźlicę pozapłucną. Obecność laseczników

[1]) Tylko 12 z tych 42-ch miało szczyty wolne — w pozostałych 30 na pochodzenie podobojczykowe wskazywała obecność jam podobojczykowych lub bardziej miękkich cieni w tej okolicy (?).

stwierdzono w 60-ciu przyp., z tego w 47,8% przypadków pierwotnej gruźlicy płuc, co ma przemawiać przeciwko twierdzeniu, jakoby gruźlica pozapłucna wywierała pomyślny wpływ na przebieg gruźlicy płuc (obecność lub brak laseczników jest podług autora dowodem polepszenia lub pogorszenia sprawy (?)). W tym samym sensie przemawia i to, że w przeważającej ilości przypadków sprawa płucna miała charakter sprawy postępującej. Natomiast odsetek spraw wysiękowych płucnych był w tych przypadkach b. mały: przeważały sprawy wytwórcze.

Gorączkę, objawy toksyczne stwierdził autor w 50% przyp. — w jednakowej ilości w przypadkach z umiejscowieniem początkowo podobojczykowem, jak i szczytowem.

W. Roloff: *Poród u chorej z odmą obustronną.* Opis przypadku porodu u chorej z obustronną odmą, zastosowaną z powodu wytwórczej sprawy w górnych płatach obu płuc.

Poród normalny. Natychmiast po porodzie trzykilowy worek z piaskiem na brzuch i dopełnienie odmy:

pł. pr. $\frac{-9 \quad -4}{-6 \quad \pm 0}$ 300,0 pł. l. $\frac{-9 \quad -4}{-8 \quad \pm 0}$ 300,0

Ostatnia odma przed porodem:

pł. pr. $\frac{-10 \quad -3}{-7 \quad \pm 0}$ 400,0 pł. l. $\frac{-10 \quad -3}{-8 \quad \pm 0}$ 400,0

W 3 miesiące po porodzie wysięk po str. prawej. Insuflacje przerwano. Ze względu na obecność laseczników w plwocinie — phrenicotomia po str. prawej: kontynuowanie odmy po str. lewej.

Podług autora jest to jedyny przypadek, opisany dotąd w piśmiennictwie.

(Podobny przyp. podany jest w jednym z czerwcowych zeszytów r. z. „Presse Medicale" — przyp. ref.).

K. B. G. (Łódź).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 7 marca 1930.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Kol. Czyżewski przedstawia chłopaka, lat 19, *z mnogiemi chrzęstniakami (enchondroma multiplex),* rozsianemi na palcach rąk i nóg, na żebrach w miejscu przejścia ich w chrząstki, na dolnej nasadzie kości udowej i strzałki lewej. Jest to schorzenie rozwojowe systemu kostnego, polega na zaburzeniach w przemianie chrząstki w kość. Mowca nawiązuje do przedstawionego przed 2-ma laty przypadku patogenetycznie zbliżonego mnogich kostniaków. O ile kostniaki mają charakter wyłącznie dobrotliwy, o tyle chrzęstniaki czasem nabierają cech złośliwych. Oba schorzenia wymagają leczenia chirurgicznego tylko w wypadkach szczególnego usadowienia którejś z wyrośli sprawiającego choremu dolegliwości. Chora z kostniakami była operowana z powodu kostniaka kręgu uciskającego na rdzeń, zaś chłopak przedstawiony posiada na ręce lewej guz wielkości pomarańczy, przeszkadzający we władaniu ręką, który zostanie usunięty.

W dyskusji Kol. Barącz potwierdza zapatrywania Kol. Czyżewskiego. Na dowód dobrotliwości kostniaków przytacza przypadek wielokrotnych kostniaków usadowionych na palcach ręki prawej, dochodzących do wielkości orzecha włoskiego u nauczyciela rysunków i zarazem gimnastyka, które przeszkadzały choremu w zajęciach zawodowych. Po usunięciu kostniaków dłutkiem i młotkiem przed przeszło 30 laty powrotu nie było. Również dobre miał wyniki w innych przypadkach po usunięciu kostniaków na podudziu i na palcu wielkim stopy. Kostniaki są najczęściej pochodzenia urazowego.

2) Kol. Tadeusz Falkiewicz przedstawia dwa rzadsze przypadki tężyczki:

a) 22-letni żołnierz (przed wstąpieniem do wojska zajęty jako robotnik w fabryce tekstylnej), z typowemi objawami tężyczki (objaw Erba i Chwostka wybitnie dodatni, Trousseau dodatni). Miewa on częste napady tężyczki klasycznej, bez jakiegokolwiek zamroczenia świadomości, a nadto, co kilka dni, napady rozpoczynające się w sposób typowy dla tężyczki i przechodzące po pewnej chwili w napad epileptyczny, z całkowitą utratą przytomności.

Przez analogję do padaczki odruchowej, uważa F. napady powyższe jako powstałe na tle zadrażnienia kory mózgowej przez bodźce płynące z obwodu po drogach czuciowych. Bodźce są wywołane przez silniejsze skurcze tężyczkowe i prawdopodobnie, natrafiając u danego sobnika na większą ogólną gotowość drgawkową, wywołują napad epileptyczny.

b) 14-letnia dziewczyna, bez zawodu zarobkowego, miewa od roku napady, które z początku, jak wynika z opisu podanego przez nią samą, ojca i brata jej, odpowiadały typowym napadom tężyczkowym. Od ½ roku zaś miała napady występujące kilka razy w godzinie, powodujące tylko bolesny skurcz w lewej połowie twarzy i nasilone oddechy. Skurcz taki obejmował wszystkie mięśnie zaopatrywane przez lewy n. VII i wywoływał silny przykurcz tężcowy mięśni czoła, oka, ust oraz m. skórnego szyi, po stronie lewej. Napady trwały przeciętnie 3 — 4 minut i nie podlegały żadnemu działaniu sugestywnemu; ustępowały samoistnie. Przez próbę Trousseau można było czasem napad spowodować. Objaw Erba i Chwostka b. wyraźny, objaw Trousseau dodatni.

Napady ustąpiły zupełnie po podaniu Ca oraz zastrzyków wyciągu przytarczycy.

W dyskusji zabierali głos: kol. Rothfeld, kol. Elmer i kol. Falkiewicz.

3) Kol. Legeżyński St. wygłasza referat p. t. *Psittakoza czyli choroba papuzia.* Referent podaje rys historyczny tej choroby, przebieg choroby u człowieka (gorączka, ogniska zapalne w płucach, zadrażnienia ośrodków nerwowych) dalej obraz anatomopatologiczny. W dalszym ciągu przechodzi do omówienia roli papug w epidemjologji tego schorzenia, opisuje główne rodzaje i gatunki importowanych papug i warunki, które przyczyniają się do wywoływania epizoocji wśród tych ptaków. Wreszcie podaje cechy charakterystyczne choroby papuziej (objawy, śmiertelność, roznosicielstwo).

Przechodząc do etjologji psittakozy mówca analizuje wartość dotychczasowych doniesień o zarazkach tej choroby (paciorkowce Bachem, Selter, Finkler i inni, pałeczka Nocarda), stwierdzają, iż dane kliniczne, bakterjologiczne, serologiczne przemawiają przeciwko temu, by te zarazki wywoływały psittakozę. Przeprowadzając analogję w obrazach chorobowych grypy płucnej koni *(Influenza pectoralis),* nosówki psów *(Febris cat. et nervosa canum)* i pomoru świń *(Pestis suum)* — a psitakozy, uważa mówca, iż, jak to dzisiaj ogólnie jest przypuszczane, zarazek tej choroby należy do zarazków przesączalnych. Wreszcie podaje kol. L. dane epidemjologiczne i sposoby jej zapobiegania (kontrola importu i handlu papugami, ewentualnie zakaz wwozu papug, obowiązek zgłaszania zachorowań ptaków, usuwanie chorych i odkażanie klatek, ścisłe odosobnienie chorych ludzi).

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Warszawski Związek Przeciwweneryczny.

Protokół posiedzenia Zarządu z dnia 27 marca 1930 r.

Przewodniczący: Prof. Fr. Krzyształowicz.

Obecni: Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Dr. Leon Wernic, Dr. Henryk Szczodrowski, Dr. Jerzy Reise, Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Wiktor Borkowski.

1. Przyjęto protokół posiedzenia z dn. 30 stycznia 1930 r.

2. Przyjęto do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze Członka Warszawskie Chrześcijańskie Towarzystwo Ochrony Kobiet.

3. Sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Zarządu Związku za lata 1928 i 1929/30.

4. Skarbnik odczytał sprawozdanie kasowe za lata 1928 i 1929/30.

5. Sekretarz przedłożył projekt planu działalności Zarządu na rok 1930/31.

6. Skarbnik przedłożył projekt preliminarza budżetowego na rok budżetowy 1930/31.

7. Wobec niewybrania Komisji Rewizyjnej przez pierwsze Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego uchwalono zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) z prośbą o skontrolowanie dotychczasowej gospodarki finansowej Zarządu Związku Przeciwwenerycznego.

8. Uchwalono nabyć dla celów propagandy przeciwwenerycznej film pod tytułem „O czem się nie mówi", względnie inny film o charakterze propagandowo-przeciwwenerycznym.

9. Uchwalono zwołać Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego w dn. 11 maja r. b. w Warszawie, o godz. 9-ej rano w gmachu Kliniki Dermatologicznej.

Sekretarz: *Dr. W. Borkowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. U. 1661/30

Warszawa, dnia 16 maja 1930 roku.

Okólnik Nr. 71.

Dwuletni okres nauki w szkołach położnych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Art. 9 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316) ustala 2-letni okres nauki w szkołach położnych.

Ostatni ustęp tego artykułu upoważnia mnie do zezwalania na skrócenie w poszczególnych przypadkach tego okresu do 12 miesięcy.

Ze względu na konieczność wprowadzenia w życie powyższego rozporządzenia w całej pełni, celem należytego przygotowania przyszłych położnych oraz ze względu na to, iż połowa istniejących na terenie Państwa szkół położnych już wprowadziła okres 2-letni nauki, postanowiłem nie korzystać nadal z upoważnienia, nadanego mi art. 9 wspomnianego rozporządzenia, i tem samem zarządzam obowiązkowe wprowadzenie 2-letniego okresu nauki we wszystkich szkołach położnych na terenie Państwa z początkiem przyszłego roku szkolnego, czyli z dniem 1. X. r. b.

Józewski Minister.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 1564/30

Warszawa, dnia 21 maja 1930 roku.

Pomoc lekarska, kierowanie do miejscowości klimatycznych.

Do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w w. m. Gdańsku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o podanie wszystkim lekarzom rządowym i umówionym na terenie swego Województwa do wiadomości i ścisłego stosowania się przy wykonywaniu art. 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4. VIII. 1926 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. R. P. Nr. 95, poz. 555) do poniższych wskazówek:

1) Kierowanie chorych funkcjonarjuszów oraz członków ich rodzin na leczenie na rachunek Skarbu Państwa do zakładów leczniczych, które znajdują się w miejscowościach klimatycznych, jak np. Zakopane, Busk, Bystra, Otwock, winno odbywać się w razach rzeczywistej potrzeby.

2) W razie potrzeby wysłania do jednej i tej samej z powyższych miejscowości jednocześnie lub w odstępie czasu 2 miesięcy funkcjonarjusza i członka jego rodziny, albo jednocześnie lub w odstępie czasu 2 miesięcy dwu lub więcej członków rodziny jednego funkcjonarjusza, skierowanie dalszych poza pierwszą z tych osób może się odbyć jedynie po otrzymaniu każdorazowo zgody Departamentu Służby Zdrowia z wyjątkiem nagłych wypadków, o których jednak Departament Służby Zdrowia winien być powiadomiony z chwilą wysłania chorego do jednego z wspomnianych zakładów.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Unormowanie ewidencji dyplomowanych specjalistów sł. zdrowia. Ministerstwo Spraw Wojskowych Departament Zdrowia. L. dz. 7787/30. I. Og. Org. Tel. 174 wewn. Do Zarządów Izb Lekarskich, Stowarzyszeń Farmaceutów, Lekarzy Dentystów i Redaktorów Pism Fachowych.

Dotychczas dość spora ilość lekarzy, lekarzy dentystów i prowizorów oraz magistrów farmacji nie posiada stopni oficerskich: są oni szeregowymi rezerwy lub pospolitego ruszenia, przynależnymi do różnych rodzajów wojska jak piechota, artylerja, kawalerja i t. p.

Zachodzą więc wypadki, że wśród powołanych na ćwiczenia rezerwistów znajdują się wymienieni wyżej fachowcy w roli piechurów, kawalerzystów i t. p. zarówno dla potrzeb wojska, jak i dla względów osobistych samych zainteresowanych fachowców należy tę sprawę w jaknajkrótszym czasie uregulować.

Może to być w ten sposób przeprowadzone, że zainteresowani fachowcy prześlą do P. K. U., do których przynależą, dane zawarte w załączonem wezwaniu.

By jednak to wezwanie mogło dojść do wiadomości każdego, którego to dotyczy, pozostaje jedyna droga ogłoszenia tego wezwania w pismach fachowych, w dziennikach urzędowych izb lekarskich lub poszczególnych stowarzyszeń zawodowych.

Zwracam się wobec tego z uprzejmą prośbą do PP. Prezesów Zarządów Izb Lekarskich, Stowarzyszeń Farmaceutycznych, Stowarzyszeń Lekarzy Dentystów oraz PP. Redaktorów pism fachowych, o zainteresowanie się tą sprawą i o przyjście z pomocą tak władzom wojskowym jak i swoim kolegom przez ogłoszenie w kilku najbliższych Nr. Nr. pism wydawanych przez poszczególne Zarządy oraz Redakcje załączonego tekstu. Szef Departamentu Zdrowia: w. z. Dr. *Gorczycki,* Pułkownik.

Wezwanie. Do wszystkich szeregowych rezerwy i pospolitego ruszenia posiadających dyplomy: lekarzy medycyny, dentystów i farmaceutów.

Na podstawie art. 95 ustawy z dnia 23 maja 1924 roku o powszechnym obowiązku wojskowym (Dz. U. R. P. Nr. 46 z 1928 r., poz. 458) wzywa się wszystkich szeregowych rezerwy i pospolitego ruszenia, posiadających dyplomy: lekarzy medycyny, dentystów i farmaceutów do zameldowania się osobistego we właściwej powiatowej komendzie uzupełnień w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 sierpnia 1930 roku celem złożenia oświadczenia według niżej wyszczególnionych punktów: 1) Stopień wojskowy; 2) Nazwisko i imię; 3) Data urodzenia; 4) Imię ojca i matki oraz rodowe nazwisko matki; 5) Miejsce urodzenia; 6) Obecne miejsce zamieszkania; 7) Data uzyskania dyplomu (lekarza medycyny, dentysty, magistra, prowizora farmacji); 8) Miejsce uzyskania dyplomu; 9) Specjalność (np. lekarz chirurg, prakt., intern. i t. p.): 10) Oświadczenie, czy wezwany może przedstawić na żądanie władz wojskowych dyplom względnie uwierzytelniony odpis dyplomu oraz oświadczenie w jakiej izbie lekarskiej jest zarejestrowany.

Osoby przebywające poza miejscem siedziby P. K. U. do której przynależą, jak również osoby obłożnie chore mają złożyć oświadczenie co do wyżej wymienionych punktów pisemnie i przesłać je listem poleconym w takim terminie by P. K. U. otrzymała ten list do dnia 31 sierpnia b. r.

Zgłaszać się osobiście względnie przesyłać list polecający należy do tej P. K. U., która ostatnio wydała książeczkę wojskową, lub jest ostatnio odnotowana w książeczce wojskowej, ewentualnie do tej P. K. U., która w terminie późniejszym wystawiła kartę mobilizacyjną.

Winni nieuczynienia zadość niniejszemu wezwaniu ulegną w myśl art. 98 i 76 kodeksu karnego wojskowego karze więzienia do jednego roku. W imieniu Ministra Spraw Wojskowych: II Wiceminister (—) *Fabrycy,* Gen. Bryg.

Polski Komitet do Zwalczania Raka, w porozumieniu z Zakładem Anatomji Patologicznej Uniw. Warszaw., wzywa W. Panów Lekarzy Powiatowych i Sejmikowych do nadsyłania pod niżej podanym adresem guzów nowotworowych i zapalnych (ewentualnie wycieków z nich), oraz wyskrobin z macicy w celu wykonania badania mikroskopowego.

Wiadomą jest rzeczą, jak duże znaczenie posiada wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego lub ustalenie sprawy zapalnej! Tą drogą ułatwia się pracę chirurgom, oszczędza się choremu wiele cierpienia, chroni się go przed ciężkiemi następstwami i niepomyślnem zejściem operacji.

Zanim chory i chirurg zdecydują się na doszczętny zabieg, należy zrobić wycinek z pogranicza guza ze zdrową tkanką lub wyciąć powiększony okoliczny gruczoł limfatyczny i nadesłać wycinki do zbadania.

Technika utrwalania. — 1) Cały wycięty materjał utrwalić w 10% formalinie (stosunek płynu do guza 10 : 1). Guz duży należy ponacinać w celu dokładnego utrwalnia. — 2) W razie przesyłania kawałków guza, porobić kilka wycinków z rozmaitych miejsc i na pograniczu ze zdrową tkanką. — 3) Materjał winien być ze wszystkich stron otoczony formaliną (nie wpychać kawałków do słoika, bo zgniją!). — 4) Słoik należy zawiązać (pęcherzem, ceratką lub papierem woskowym), albo zatkać korkiem, dopiero dobrze związać. — 5) Słoik owinąć papierem lub ligniną i wstawić do pudełka tekturowego lub drewnianego. — 6) W sprzedaży istnieją gotowe probówki w drewnianem lub metalowem opakowaniu do przesyłania drobnych wycinków i wyskrobin. — 7) Wraz

z materjałem do badania należy podać: a) przypuszczalne rozpoznanie kliniczne, b) umiejscowienie guza, c) nazwisko i imię chorego, d) wiek i płeć. — Przy nadsyłaniu wyskrobin z macicy trzeba nadmienić datę ostatniego perjodu.

Wszelkie koszty badania (przysłanie, opłata Zakładu, odsyłanie odpowiedzi) dla niezamożnych chorych (wedle uznania WP. Doktorów) ponosić będzie Polski Komitet do Zwalczania Raka

Przedmiot przeznaczony do badania histopatologicznego, należy nadsyłać pod adresem Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, Chałubińskiego 5, Warszawa.

Kraków.

Polska Akademja Umiejętności. Okólnik Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności w sprawie przedstawienia i publikacji prac naukowych w wydawnictwach Akademji.

Autrcwie pragnący przedstawić swe prace Akademji, zechcą nadsyłać je pod adresem: „Polska Akademja Umiejętności, Kraków ul. Sławkowska 17, dla Sekretarjatu Wydziału lekarskiego“ .— Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach administracyjnych zwyczajnych (§ 11 i § 7) Statutu, Regulaminu P. A. U).

Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy“ w języku polskim: 2) „Bulletin“, w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim) nie przekraczające 3 arkuszy druku; 3) „Memoires“ dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku; 4) „Comptes rendus mensuelles“ w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona: 1) albo po polsku w „Rozprawach“ Wydziału IV,przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie“ 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie“.

Prace ogłaszane po polsku w innem czasopiśmie, mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie“ Akademji.

W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu

Akademja nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzieindziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym jezyku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie“ Akademji.

Prace przedkładane Akademji muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku, a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba teksty muszą być odrazu nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być odrazu dołączone streszczenie polskie, najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Sprawozdaniach“ Akademji) i w języku obcym, najwyżej 100 słów (dla ogłoszenia w „Comptes Rendus“).

Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracyj. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor.

Honorarjów autorskich Wydział IV P. A. U. na razie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek w języku polskim i obcym.

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski w. r., Sekretarz Wydziału IV P. A. U. — *Prof. Dr. Fr. Krzyształowicz* w. r., Dyrektor Wydziału IV. P. A. U.

Dziekan wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Prof. Dr. Jan Piltz, zaproszony na doroczny zjazd angielskiego królewskiego Towarzystwa medyczno-psychologicznego, który odbył się w Oxfordzie w pierwszych dniach b. m., został wybrany na członka korespondenta tegoż towarzystwa.

Lwów.

W sprawie organizacji pracowni djagnostyczno-lekarskich otrzymujemy od Okręgowego Związku lekarzy P. P. Oddział Lwów następujące pisma:

Rada Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu swem dnia 20 czerwca 1930 uchwaliła następującej treści memorjał, w odpowiedzi na memorjał Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okręg Lwowski: „Rada Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego oświadcza, że uważa za niedopuszczalne i dla interesów zdrowia publicznego wysoce niebezpieczne udzielanie osobom bez ukończonych lekarskich studjów, a zatem i absolwentom Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie koncesji na prowadzenie pracowni analiz lekarskich jakiegokolwiekbądź rodzaju“.

W sprawie organizacji pracowni djagnostyczno-lekarskich. Sprawa uregulowania organizacji pracowni djagnostyczno-lekarskich, udzielanie na ich otwieranie koncesji, jakoteż warunków, potrzebnych do kierowania niemi jest rzeczą konieczną zarówno ze względów zasadniczych, jak również ze względu na niejednolite przepisy, obowiązujące dotąd w byłych zaborach.

Nowe przepisy winne zdaniem Rady Wydziałowej uwzględnić zasady następujące:

Pracownie djagnostyczno-lekarskie winny powstawać przedewszystkiem przy uniwersyteckich Instytutach, większych szpitalach, przy Okręgowych Związkach Kas Chorych, gdzie najłatwiejszy jest dobór pełno ukwalifikowanych sił wykonujących badania odnośne. *Pozwolenie na otwieranie i prowadzenie pracowni djagnostyczno-lekarskiej winni otrzymywać wyłącznie lekarze dyplomowani, którzy wykażą się dowodami pełnej kwalifikacji* z zakresu jednej lub dwóch specjalności obejmujących badania wykonane w danej pracowni, jak również profesorowie i docenci Wydziałów Lekarskich, oraz wybitni uczeni w jednej z specjalności, związanych z daną pracownią. Ze względu na to, że przy dzisiejszym stanie nauki jest wprost niemal niemożliwością posiadanie pełnych kwalifikacji wszystkich specjalności badań wykonywanych, niezbędnem jest, aby w pracowniach zajęte były także inne siły fachowe i pełno kwalifikowane.

Wskazanem jest, aby odnośne władze państwowe zwracały się do Wydziałów Lekarskich i Izb Lekarskich o wydanie opinji co do kwalifikacji kandydatów zarówno tych, którzy ubiegają się o pozwolenie na otwarcie pracowni, jak i tych, którzy mają wykonywać badania w charakterze sił pomocniczych.

W ten sposób ujęta sprawa pracowni djagnostyczno-lekarskich zdaniem Rady Wydziałowej, da gwarancję, że te pracownie spełnią należycie i sumiennie zadania odpowiedzialne, do których są powołane. Z dziekanatu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie: *J. Parnas,* t. cz. Dziekan.

Osobiste.

Na katedrę okulistyki Uniwersytetu Warszawskiego po ustępującym Prof. Dr. Kazimierzu Noiszewskim powołany został Prof. Dr. Hans Lauber, lekarz naczelny oddziału ocznego Szpitala miejskiego w Wiedniu.

Dr. Wiktor Reis, docent okulistyki Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, otrzymał tytuł profesora.

Przyszły Zjazd Tow. Okulistów polskich odbędzie się w Krakowie we wrześniu 1931 r.

Z kraju.

X Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi (łącznie z Kochanówką i Wartą) uchwalił na posiedzeniu w Warcie dn. 9. VI. 1930 r. następujące wnioski: I. Zjazd zwraca się do odpowiednich czynników rządowych z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciały ściśle wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej, aby zechciały zająć się rewizją zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego, powoławszy do współpracy odpowiednich przedstawicieli wiedzy lekarskiej, aby zechciały uwzględniać w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w ruchu sprawę alkoholizmu jako przyczyny bezpośredniej lub pośredniej wypadku, — oraz by w celu skutecznej walki z plagą alkoholizmu u dzieci i młodzieży wprowadziły systematyczne wykłady alkohologji w seminarjach nauczycielskich i odpowiednie wykłady z tej dziedziny w szkołach średnich i powszechnych (w wykładach tych czynny udział psychjatrów w roli psychohygjenistów jest konieczny). — II. Zjazd zwraca się do prasy codziennej z gorącym apelem, aby zagadnienie alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna. — III. Uważając istnienie szpitala psychjatrycznego w Warcie za niezbędne ze względu na katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w województwie Łódzkiem, opierając się także na wrażeniu, że w istniejących warunkach szpital łącznie z jego adneksami znakomicie odpowiada swojemu przeznaczeniu, X Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do Pana Wojewody Łódzkiego z prośbą, by zechciał wziąć szpital w Warcie w obronę i by ugruntował byt tej instytucji na bezspornych fundamentach prawnych.

Program tymczasowy I. Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu, w dniu 6 i 7 września 1930 r. w Inowrocławiu. I. Dr. Henryk Kłuszyński, Nacz. Lek. Ogól. Państw. Zw. Kas Chorych (Warszawa): Reumatyzm jako zagadnienie społeczne. — II. Etiologja, klinika, klasyfikacja schorzeń reumatycznych: a) Prof. Dr. Wincenty Jezierski (Poznań): Reumatyzm na tle zaburzeń gruczołów wewnętrznych. b) Dr. Witold Łuczyński (Lwów): Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia. c) Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz i Dr. Jerzy Wiszniewski (Warszawa): Zespół anginowy i reumoartretyczny w wieku dziecięcym. d) Dr. Marceli Gromski (Warszawa): Sprawa schorzeń parareumatycznych w wieku dziecięcym. e) Dr. Stefan Kwaśniewski (Poznań): Polyartritis rheumatica infectiosa. f) Doc. Dr. Franciszek Łabendziński (Poznań): Zachorzenia stawowe w chorobach egzotycznych. g) Dr. Marja Grycewicz: Klinika schorzeń gośćcowych według materjałów I. Kliniki Wewn. w Warszawie za ostatnie lata. h) Dr. J. Wacław Grott: Schorzenia mięśniowo-stawowe w skazie szczawikowej. i) Dr. J. W. Grott: Znaczenie oralsepsis w etiologji schorzeń gośćcowych. j) Dr. Aleks. Rytel: Etiologja schorzeń stawowych. k) Dr. A. Mester (Kraków): „O Cutivaccinie Paula". — III. Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski (Poznań): O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu reumatyzmu. — IV. Doc. Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa): Znaczenie diagnostyki roentgenologicznej w schorzeniach reumatycznych. — V. Terapja: a) Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): O klinicznem leczeniu stawów. b) Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): Balneoterapja chorób reumatycznych. c) Dr. Franciszek Raszeja (Poznań): Termo-mechano i elektroterapja schorzeń reumatycznych i gośćcowych. d) Doc. Dr. Adam Gruca (Lwów): Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie schorzeń reumatycznych stawów. — Lista referentów jeszcze nie zamknięta.

Konkurs Międzynarodowy na pracę doświadczalną i krytyczną o wartości metod serologicznych dla rozpoznawania nowotworów złośliwych. Liga włoska do Zwalczania Raka organizuje pod swym protektoratem Konkurs Międzynarodowy na pracę nieogłoszoną, oryginalną, krytyczną i doświadczalną „O wartości metod serologicznych dla rozpoznawania nowotworów złośliwych".

Nagroda jest jedna, niepodzielna, wynosi 15.000 lirów.

Sąd konkursowy składać się będzie z trzech członków, wyznaczonych przez Biuro Prezydjalne Ligi Włoskiej do zwalczania raka.

Najpóźniej do dnia 31 lipca 1931 winien złożyć sprawozdanie o pracach i przedstawić Radzie Dyrekcji Centralnej Ligi tę z pośród nich, które wedle jego opinji godna jest nagrody.

Prace, nieopatrzone nazwiskiem, w dwuch egzemplarzach, pisanych na maszynie należy nadsyłać do siedziby centralnej Ligi (Rzym (33), via Triboniano, presso piazza Cavour Case del Mutilato) w zapieczętowanej kopercie, opatrzonej godłem, z załączoną drugą zamkniętą kopertą z godłem, zawierającą generalja i dokładny adres autora.

Ostatni termin nadsyłania prac, wolnych od opłat pocztowych upływa dnia 30 czerwca 1931 r., o godz. 12 w południe.

Liga Włoska do zwalczania raka zastrzega sobie prawo pierwodruku pracy nagrodzonej w swym „Biuletynie", wydawanym w języku włoskim. Sekretarz generalny: *P. Gallenga*. Prezes: *A. Lustig*.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Azji M. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń), wybierają się lekarze austrjaccy dnia 17 sierpnia 1930 r. do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu, Konstancę, Konstantynopol (z okolicą) i oglądną tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Azji M. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch - Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

Lubień Wielki. Odnośnie do spisu zdrojowisk i uzdrowisk polskich, udzielających zniżek dla lekarzy i ich rodzin, należy dodać, że zdrojowisko Wielki Lubień uwalnia od taksy lekarzy i ich rodziny, a zarazem udziela im bezpłatnych kąpieli siarczanych, żonom i dzieciom 50% zniżek dla kąpieli borowinowych, lekarzom zaś udziela bezpłatnie kąpieli borowinowych.

Przepisy o praktyce lekarskiej. Dn. 1 lipca b. r weszły w życie nowe przepisy o uprawianiu praktyki lekarskiej. Wydawane dotąd pozwolenia na praktykę po ukończeniu wydziału medycznego uniwersytetu, zastąpione będą licencjami, udzielanemi tylko po przebyciu przymusowej jednorocznej praktyki. Równocześnie zaszła zmiana w systemie studjów medycznych na uniwersytetach polskich. W miesiącu czerwcu uzyskali dyplomy ostatni doktorzy medycyny, odbywający studja na podstawie starych przepisów. Odtąd absolwenci medycyny korzystać będą tylko z tytułu lekarza, a dla uzyskania stopnia doktorskiego konieczne będzie napisanie specjalnej pracy naukowej.

Liczba umysłowo chorych w Polsce. Według ostatnich obliczeń, na terenie Rzeczypospolitej znajduje się 47 zakładów dla umysłowo chorych, w tem 4 zakłady państwowe, 10 samorządowych, 3 społeczne, 23 oddziały przy szpitalach ogólnych i klinikach uniwersyteckich, oraz 7 zakładów prywatnych. W zakładach tych jest ogółem 11.652 miejsc dla umysłowo chorych, liczba jednak chorych przewyższa znacznie ilość miejsc. W roku ubiegłym przebywało w zakładach 13.268 chorych, leczono zaś w nich 23.147. Ilość mężczyzn i kobiet umysłowo chorych jest mniej więcej równa.

Wolne posady.

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się. W miasteczku Robotycze, powiat dobromilski, są pomyślne warunki dla osiedlenia się lekarza, który ewentualnie mógłby zostać lekarzem okręgowym.

Poszukiwany jest lekarz wolnopraktykujący. Gmina udziela rocznie 1.200 zł, wolne mieszkanie. Dojazd koleją wąskotorową. Informacyj udziela Apteka Chicińskiego w Rokowie, Kieleckie, koło Stanowa.

Lekarz - asystent w Szpitalu powiatowym w Świecie nad Wisłą. Uposażenie 400 zł miesięcznie, mieszkanie i utrzymanie. Podania należy przesyłać do Dyrekcji Szpitala.

Posada lekarza miejskiego — Działdowo (Pomorze). Uposażenie IX st. sł. bez dodatku komunalnego. Praktyka prywatna zapewniona. Posada zaraz do objęcia. Podania należy wnosić do Magistratu Miasta Działdowo (Pomorze).

W osadzie Grodziec koło Konina jest do objęcia miejsce dla lekarza-praktyka, polaka - katolika po wyjeździe dotychczasowego lekarza. Informacyj udziela Apteka w Grodźcu, poczta Konin.

Wydział powiatowy w Krzemieńcu rozpisuje konkursy na stanowisko: 1) Kierownika Szpitala powiatowego w Krzemieńcu (50 łóżek); 2) Kierownika Szpitala rejonowego (50 łóżek) i lekarza rejonowego w Poczajowie; 3) Lekarza rejonowego i szkolnego dla szkół sejmikowych w Wiśniowcu. Uposażenie ad 1) w grupie VI, ad 2) w grupie VII i ad 3) w grupie VIII uposażenia urzędników państwowych bez dodatku komunalnego. Posady do objęcia od 15 VII b. r. Należycie udokumentowane podania wnosić należy na ręce Przewodniczącego Wydz. Pow.; do podań dołączyć należy własnoręcznie napisany życiorys. Podania nieuwzględnione pozostają bez odpowiedzi.

Zmarli.

Kazimierz Noiszewski, prof. okulistyki, dyrektor kliniki ocznej Uniw. Warsz., redaktor „Kliniki Ocznej" w Warszawie.

Redakcja otrzymała.

Grotjahn A.: „Higjena ludzkiego rozrodu". Zarys praktycznej eugeniki. Bibljoteka eugeniczna Polskiego Tow. Eugenicznego. Warszawa 1930 r.

Państwowy Zakład Higjny: „Ujednostajnienie metody bakterjologicznego badania wody". Odb. z „Medycyny doświadczalnej i społecznej", tom XII, zeszyt 3 — 4, rok 1930 r.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok I, nr. 9, z lipca 1930.

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok 3, nr. 5, z 12 lipca 1930 r.;

Zdrój Ciechociński, rok XVII, nr. 6, z lipca 1930 r.

Grzywo - Dąbrowski Wiktor: „Samobójstwa w Warszawie w r. 1929-tym". Odb. z „Czasopisma sądowo - lekarskiego", nr. 2, 1930.

Grzywo - Dąbrowski Wiktor: „Samobójstwo czy zabójstwo". (Śmierć wskutek postrzału z broni krótkiej). Odb. z „Czasopisma sądowo - lekarskiego", nr. 2, z r. 1930.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok I, nr. 1, z r. 1930.

W. Klepacki: Sprawozdanie z działalności Szpitala dla dzieci w Lublinie za rok 1927 i za rok 1928. Odbitka z „Pedjatrji Polskiej" T. X. Z. 1. 1930 r.